



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS -  
RELATÓRIO DE ESTÁGIO  
(CASO – EXTENSÃO DE SAÚDE DE CEBOLAIAS  
DE CIMA, EXTENSÃO DE SAÚDE DE LARDOSA E  
UM FICHEIRO CLÍNICO DO CENTRO DE SAÚDE DE  
CASTELO BRANCO)**

Sónia Catana

**Fevereiro  
2012**

**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS -**  
**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**  
**(CASO – EXTENSÃO DE SAÚDE DE CEBOLAIS**  
**DE CIMA, EXTENSÃO DE SAÚDE DE LARDOSA E**  
**UM FICHEIRO CLÍNICO DO CENTRO DE SAÚDE DE**  
**CASTELO BRANCO)**

"Assim como existe uma forma saudável  
de definir e viver a doença,  
existe um desafio constante  
para manter e representar positivamente  
o estado de saúde."  
(Marilnyn Frank- Stromborgetal.37)

Sónia Catana

**Fevereiro**

**2012**

## Resumo

Este relatório refere-se ao estágio que se realizou em três extensões de saúde da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) e que permitiu desenvolver a capacidade de reflexão sobre a aprendizagem desenvolvida assim como as competências e os progressos adquiridos, analisar e reflectir sobre os objectivos pessoais e actividades desenvolvidas durante o estágio, assim como contribuir e complementar a avaliação do estágio em Enfermagem em Saúde Comunitária.

O Projecto Qualidade de Vida (QDV) nos Idosos surgiu com o objectivo de motivar a comunidade para a adopção de estilos de vida saudáveis. Foi aplicado um inquérito por questionário, a uma amostra representativa da comunidade ( $n = 255$  indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos), representando 23% do total de idosos em estudo. Tanto o estágio como o relatório seguiram a metodologia do planeamento em saúde, sendo este um processo que permite intervir em diversos contextos, oferecendo o acesso a cuidados de saúde eficazes e continuados a idosos de diferentes realidades.

Percebemos que os nossos idosos apresentam uma percepção de qualidade de vida e de saúde, acima daqueles encontrados em alguns estudos portugueses e europeus, manifestam uma percentagem elevada na sua percepção de saúde e de qualidade de vida ainda que apresentem um valor elevado na presença de patologias e consideram ter um ambiente seguro revelando assim desconhecimento dos parâmetros considerados para o efeito.

As dimensões mencionadas pelos idosos sobre o que é QDV foram: “saúde”, “paz”, “dinheiro”, “família/amigos” e “ocupação/actividades de lazer”.

Ao relacionar o grau de (in) dependência com a percepção de QDV e saúde verificou-se que os idosos com maior dependência apresentam pior percepção de QDV e de saúde. As estratégias do projecto foram direccionadas no sentido de atenuar ou colmatar alguns destes resultados, capacitando os idosos a utilizarem os recursos individuais e colectivos existentes de modo a dar resposta aos problemas. Foram realizadas actividades de forma a fomentar mudanças de comportamento efectivas relativamente á aquisição de hábitos de vida saudáveis, tendo como referencial teórico o modelo de promoção da saúde de Nola Pender.

O planeamento no contexto da promoção da saúde e aos três níveis de prevenção, prevê ganhos em saúde que se reflectem na melhoria dos níveis de saúde das populações.

No entanto, não chega transmitir conhecimentos sobre hábitos de vida saudável, é preciso haver um envolvimento de toda a comunidade. Mudar hábitos adquiridos é muito difícil e o próprio idoso tem de se sentir motivado e considerar que os benefícios são vantajosos.

Palavras-chaves: Envelhecimento; Qualidade de Vida; Enfermagem Comunitária; Comunidade; Hábitos de Vida Saudáveis.

## **Abreviaturas**

DGS-Direcção Geral da Saúde

INE-Instituto Nacional de Estatística

OMS-Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

PNSP – Plano Nacional de Saúde em Portugal

PCHI -Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas

QDV – Qualidade de Vida

REPE – Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro

SPSS - StatisticalPackage for the Social Sciences

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSCB - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

WHOQOL-BREF - World Health Organization instrument to evaluate quality of lifeBref

WHOQOL-OLD - Health Organization instrument to evaluate quality of life the Old



## ÍNDICE

Introdução.....	2
1. ENQUADRAMENTO.....	4
1.1. Qualidade de Vida e Envelhecimento.....	4
1.1.1 O Envelhecimento a Nível Nacional.....	4
1.2. Conceito de Qualidade de Vida.....	5
1.2.1. Envelhecimento Activo.....	8
1.2.2. A importância de Hábitos de Vida Saudáveis para um Envelhecimento Activo..	9
1.2.3. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na Promoção de um Envelhecimento Activo.....	10
1.3. Contextualização de Promoção da Saúde.....	13
1.3.1 Promoção da Saúde/ Educação para a Saúde.....	13
1.3.2. Modelo de Promoção da Saúde segundo Nola Pender.....	14
1.4. Metodologia do Planeamento da Saúde.....	15
1.5. Contexto em estudo.....	16
2. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	18
2.1. Diagnóstico de situação.....	18
2.2. Determinação de prioridades.....	28
2.3. Fixação de objectivos.....	29
2.4. Selecção de Estratégias.....	31
2.5. Preparação Operacional - programação.....	32
2.6. Avaliação.....	37
3. CONCLUSÃO.....	43
4. BIBLIOGRAFIA.....	

## APÊNDICES

### APÊNDICE I – Projecto de Estágio

### APÊNDICE II – Questionário

### APÊNDICE III – Caracterização sócio-demográfica (Quadro 1)

Quadro 1– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por sexo

### APÊNDICE IV - Caracterização sócio-demográfica (Quadro 2)

Quadro 2 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por intervalos de idade e sexo

### APÊNDICE V - Caracterização sócio-demográfica (Quadro 3)

Quadro 3 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Estado Civil e por sexo

### APÊNDICE VI - Caracterização sócio-demográfica (Quadro 4)

Quadro 4 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Escolaridade e sexo

### APÊNDICE VII - Caracterização sócio-demográfica (Quadro 5)

Quadro 5 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Situação profissional e sexo

### APÊNDICE VIII - Caracterização sócio-demográfica (Quadro 6)

Quadro 6 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Com quem vive e sexo

### APÊNDICE IX - Caracterização sócio-demográfica (Quadro 7)

Quadro 7 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Local e intervalos de idades

### APÊNDICE X -Caracterização sócio-demográfica (Quadro 8)

Quadro 8 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Local onde estão inscritos e sexo

### APÊNDICE XI - Qualidade de vida (Quadro 9 e Quadro 10)

Quadro 9 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e sexo

Quadro 10 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e intervalo de idades

### APÊNDICE XII - Qualidade de Vida (Quadro 11 ao Quadro 16)

Quadro 11 -Dimensões da Percepção de qualidade de vida

Quadro 12- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Saúde e sexo

Quadro 13 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Dinheiro e sexo

Quadro 14 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Família/vizinhos e sexo

Quadro 15 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Paz e sexo

Quadro 16 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Ocupação/atividades de lazer e sexo

APÊNDICE XIII - Qualidade de Vida (Quadro 17 ao Quadro 21)

Quadro 17 - Dimensões atribuídas aos factores que influenciam positivamente a Qualidade de Vida

Quadro 18– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão saúde como influência positiva na qualidade de vida e sexo

Quadro 19 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão dinheiro como influência positiva na qualidade de vida e sexo

Quadro 20 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão família/vizinhos como influência positiva na qualidade de vida e sexo

Quadro 21 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão condições de habitabilidade como influência positiva na qualidade de vida e sexo

APÊNDICE XIV - Saúde (Quadro 22 e Quadro 23)

Quadro 22 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e sexo

Quadro 23 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e intervalos de idade

APÊNDICE XV - Saúde (Quadro 24 e Quadro 25)

Quadro 24 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades

Quadro 25 – Teste Kendall's tau-b Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e se tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades

APÊNDICE XVI - Qualidade de vida (Quadro 26)

Quadro 26 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades

APÊNDICE XVII - Qualidade de vida (Quadro 27)

Quadro 27 – Estatística descritiva do item Como avalia a sua qualidade de vida por local onde estão inscritos

APÊNDICE XVIII - Qualidade de vida (Quadro 28)

Quadro 28– Estatística descritiva dos domínios da escala WHOQOL\_BREF e Local onde está inscrito

APÊNDICE XIX - Qualidade de vida (Quadro 29)

Quadro 29– Estatística descritiva dos domínios da escala WHOQOL\_OLD e Local onde está inscrito

APÊNDICE XX – Estilos de vida dos idosos (Quadro 30)

Quadro 30 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Faz exercício físico e sexo

APÊNDICE XXI – Factores fisiológicos (Quadro 31)

Quadro 31 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia e sexo

APÊNDICE XXII – Factores fisiológicos (Quadro 32)

Quadro 32 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avaliaria a sua mobilidade e sexo

APÊNDICE XXIII – Estatística descritiva dos Domínios da WHOQOL-OLD (Quadro 33)

Quadro 33 - Estatística descritiva dos Domínios da WHOQOL-OLD

APÊNDICE XXIV – Estatística descritiva dos Domínios da WHOQOL-BREF (Quadro 34)

Quadro 34 - Estatística descritiva dos Domínios da WHOQOL-BREF

APÊNDICE XXV – Estilos de vida dos idosos (Quadro 35 ao Quadro 37)

Quadro 35 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos alcoólicos e sexo

Quadro 36 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos tabágicos e sexo

Quadro 37 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos tabágicos e Local

APÊNDICE XXVI – Estilos de vida dos idosos (Quadro 38)

Quadro 38 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Toma medicamentos para as dores frequentemente e sexo

APÊNDICE XXVII – Patologias referidas pelos idosos (Quadro 39 e Quadro 40)

Quadro 39 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por hipertensão e sexo

Quadro 40 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por hipertensão e intervalo de idades

APÊNDICE XXVIII – Patologias referidas pelos idosos (Quadro 41 e Quadro 42)

Quadro 41– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Osteoporose e sexo

Quadro 42 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Osteoporose e intervalo de idades

APÊNDICE XXIX – Patologias referidas pelos idosos (Quadro 43 e Quadro 44)

Quadro 43 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Diabetes e sexo

Quadro 44 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Diabetes e intervalos de idades

APÊNDICE XXX – Saúde (Quadro 45)

Quadro 45 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e a Doença como influência negativa

APÊNDICE XXXI – Patologias referidas pelos idosos (Quadro 46 e Quadro 47)

Quadro 46 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Toma medicamentos para as dores e sexo

Quadro 47 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Toma medicamentos para as dores e intervalos de idades

APÊNDICE XXXII – Saúde (Quadro 48)

Quadro 48 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Em que medida precisa de cuidados de saúde

APÊNDICE XXXIII – Qualidade de vida (Quadro 49)

Quadro 49 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e Até que ponto está satisfeito com a sua saúde

APÊNDICE XXXIV – Factores sociais (Quadro 50)

Quadro 50 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive e sexo

APÊNDICE XXXV - Saúde (Quadro 51 e Quadro 52)

Quadro 51 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Score de Barthel e Até que ponto está satisfeito com a sua saúde

Quadro 52 – Teste Kendall's tau-b: Score de Barthel e Até que ponto está satisfeito com a sua saúde

APÊNDICE XXXVI - Qualidade de vida (Quadro 53)

Quadro 53 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Score de Barthel e Como avalia a sua qualidade de vida

APÊNDICE XXXVII - Factores psicológicos (Quadro 54 e Quadro 55)

Quadro 54 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão e sexo

Quadro 55 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão e intervalos de idade

APÊNDICE XXXVIII - Factores psicológicos (Quadro 56)

Quadro 56 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por É capaz de aceitar a sua aparência física e sexo

APÊNDICE XXXIX - Factores sociais (Quadro 57)

Quadro 57– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer e sexo

APÊNDICE XL - Factores sociais (Quadro 58)

Quadro 58 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Quão satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade e sexo

APÊNDICE XLI - Qualidade de vida (Quadro 59)

Quadro 59 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão

APÊNDICE XLII - Factores psicológicos (Quadro 60)

Quadro 60 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto tem medo de morrer e sexo

APÊNDICE XLIII - Factores psicológicos (Quadro 61)

Quadro 61– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por O quanto teme sofrer de dor antes de morrer e sexo

APÊNDICE XLIV - Convite para a sessão de educação para a saúde

APÊNDICE XLV - Fotografias

APÊNDICE XLVI - Brochura Informativa sobre Actividade Física na Terceira Idade

APÊNDICE XLVII - Brochura Informativa sobre Alimentação Saudável na Terceira Idade

APÊNDICE XLVIII - Plano de Sessão em Cebolais de Cima

APÊNDICE XLIX - Diapositivos apresentados na sessão de educação para a saúde em Cebolais de Cima/ Lardosa

APÊNDICE L - Brochura Informativa sobre Prevenção de Acidentes Domésticos em Pessoas Idosas

APÊNDICE LI - Questionário de Avaliação/ Satisfação

APÊNDICE LII - Plano de Sessão em Lardosa

APÊNDICE LIII - Entrevista para o programa de rádio local “Saúde em Questão” na Rádio Beira Interior

APÊNDICE LIV - Cartaz de divulgação do 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade “Entre - Gerações” na Freguesia do Lourical do Campo.

APÊNDICE LV - Plano de Sessão em Lourical do Campo

APÊNDICE LIV - Diapositivos apresentados em Lourical do Campo

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária foi realizado um Estágio de Intervenção Comunitária, de modo a proporcionar o desenvolvimento e aquisição de competências na área da Enfermagem Comunitária e posteriormente a realização deste relatório que serviu de elemento orientador do percurso do mesmo.

A minha intervenção foi dirigida aos idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, da Lardosa e de um ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] 2 de Castelo Branco.

O estágio decorreu no período compreendido entre 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011, e incidiu na área da promoção do Envelhecimento Saudável/ Qualidade de Vida do Idoso e culminou com a elaboração deste mesmo relatório que decorreu sob a orientação da Professora Doutora Filomena Martins.

A preferência por este tema deve-se ao facto de ser um assunto actual e cativante numa população tendencialmente envelhecida, assim como a necessidade de dar cumprimento ao disposto no plano de estudos.

A realização do projecto de estágio nas extensões inicialmente mencionadas, tem a ver com o estar perante uma população com lacunas visíveis relativamente à problemática do envelhecimento e, tornando-se de extrema importância proporcionar um envelhecimento mais saudável, activo e com melhor qualidade de vida.

Diz-se que envelhecemos como vivemos. Stano (2000) citada por Mariz (2007:16) afirma que “envelhecer não é seguir um caminho já traçado mas, pelo contrário, construí-lo permanentemente.”

É então necessário que todos os profissionais de saúde estejam despertos para a realidade que é o envelhecimento saudável, com o intuito de desenvolver uma mudança de comportamentos, para que seja possível promover ganhos em saúde, particularmente nos idosos.

O envelhecimento populacional é uma realidade no nosso país, assim como em todo o mundo. “O fenómeno do envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que o envolve.” (Moniz, 2003:41)

Com este Estágio de Intervenção Comunitária, colaborei para a implementação de estratégias de Promoção de Saúde na comunidade idosa, e contribuí para um envelhecimento saudável para uma melhor qualidade de vida [QDV]. Com as actividades desenvolvidas acredito que contribui igualmente para a visibilidade da Enfermagem.

Com o decorrer da minha formação especializada pretendo, ao longo dela, adquirir competências que me permitam participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção (Regulamento n.º 128/2011).

Este é efectivamente o principal objectivo do estágio mas, para melhor orientação decidi ter por base, aquelas que são as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Nomeadamente, a primeira competência define que o enfermeiro “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” por conseguinte “identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade”. (Regulamento n.º 128/2011)

Com a realização deste relatório pretendo verificar se os objectivos gerais e específicos propostos no projecto de estágio de intervenção comunitária (Apêndice I) foram atingidos e reflectir sobre as actividades realizadas durante estes quatro meses e meio de estágio. Tanto o estágio como o relatório seguiram a metodologia do planeamento em saúde.

Para além do exposto, o presente relatório tem também como objectivos:

- Desenvolver a capacidade de reflexão sobre a aprendizagem desenvolvida assim como as competências e os progressos adquiridos;
- Analisar e reflectir sobre os objectivos pessoais e actividades desenvolvidas durante o estágio;
- Contribuir e complementar a avaliação do estágio em Enfermagem em Saúde Comunitária.

Este relatório de estágio estrutura-se então da seguinte forma, começa com uma introdução do tema e sua pertinência, seguido da apresentação dos objectivos gerais e específicos do projecto de estágio e do respectivo relatório, posteriormente o enquadramento, depois o projecto de intervenção e a conclusão. Para finalizar apresenta-se a bibliografia referenciada ao longo do trabalho.



## **1. ENQUADRAMENTO**

### **1.1. QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO**

#### **1.1.1 O Envelhecimento a Nível Nacional**

Com o crescente aumento da população idosa e a importância atribuída ao envelhecer com qualidade de vida, intervir e estudar este fenómeno é cada vez mais importante.

O Instituto Nacional de Estatística [INE] define o envelhecimento demográfico como "o aumento da proporção das pessoas idosas na população total". Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa. (INE, 2002) É um fenómeno relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socio-económica, assim como nas alterações que se verificam a nível individual e em novos estilos de vida.

De acordo com Nazareth (1994), citada por Costa (2002:28), Portugal, tal como outros estados da Europa, está incluído num conjunto de países que, sob o ponto de vista demográfico, são caracterizados por uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade e um movimento migratório que, no passado, foi acentuado. Estes factores têm contribuído para uma alteração da estrutura etária da população, determinando um envelhecimento acentuado da população, isto é, a diminuição relativa de contingentes populacionais nas faixas etárias mais jovens e a ampliação da população nas faixas etárias mais idosas. Esta inversão da pirâmide etária quer pela base (que diminui) quer pelo topo (que aumenta) cria novos desafios ao nível da organização da sociedade em geral e do sistema de saúde em particular

Em Portugal verifica-se um índice de envelhecimento de 116,5% em 2009 (PORDATA, 2010), sendo no entanto mais evidente em determinadas zonas do país e, o distrito onde exercemos funções é exemplo disso, sendo mesmo um dos mais envelhecidos com um índice de envelhecimento 177,4% (INE, 2009).

Tal facto deve-se não só à diminuição da Taxa de Natalidade, que passou de 11,0% em 2001 para um valor de 9,4% em 2009, como á diminuição da Taxa de Mortalidade, que apresentava um valor de 10,2% em 2001 reduzindo para 9,8% em 2009 (PORDATA, 2010).

Associado a estes dados há ainda acrescentar o aumento do índice de longevidade, que passou de 39,3% em 1991 para 41,4% em 2001 e, por outro lado o aumento do índice de dependência de idosos que passou de 20,5% em 1991 para 24,2% em 2001 (PORDATA, 2010).

De acordo com as estimativas do Carrilho & Patrício (2009) residem em Portugal 10 144 940 habitantes, 15% dos quais têm menos de 15 anos e 18% idade igual ou superior a 65 anos. Para 2020, prevê-se que a população diminua 2%, que a proporção de jovens (0-14 anos) decresça para os 13,8% e a de idosos ( $\geq 65$  anos) aumente para os 20,6%.

Na última década (1999-2009) o índice de dependência de idosos aumentou de 24% para 27% e o índice de longevidade de 41% para 47%. A taxa de crescimento natural diminuiu de 0,07 para -0,05, o índice sintético de fecundidade de 1,5 para 1,3 e a taxa de crescimento migratório de 0,42 para 0,14 (Carrilho & Patrício, 2009).

De acordo com as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção torne a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população.

Os distritos que apresentam as percentagens mais elevadas de envelhecimento são o da Guarda (25,2%), o de Castelo Branco (25,5%) e o de Portalegre (26,1%), enquanto os distritos menos envelhecidos são os de Braga (12,5%), Porto (13,3%) e Lisboa (16,9%). Sendo a média do Continente de 17,2%, conclui-se que o distrito de Castelo Branco é o 2º mais envelhecido do país.

## 1.2. CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

Desde o início da existência do homem, que a qualidade de vida tem sido uma preocupação constante do mesmo. Actualmente, constitui um compromisso pessoal e a procura contínua de uma vida saudável.

“Nas sociedades industrializadas, as mentalidades, as aspirações e as preocupações das populações são cada vez mais dominadas pela procura de uma melhor qualidade de vida que constitui um produto central da sociedade de consumo. Melhorar as condições de vida e do ambiente, «cultivar» o bem-estar e o sentir-se bem são o centro das preocupações de qualquer indivíduo.” (Tobelem-Zanin citado por Manso e Simões, 2007: 7)

Definir qualidade de vida não é fácil dado que este conceito é bastante complexo pois pode variar de indivíduo para indivíduo e consoante a época e a cultura onde este está inserido.

Lauer (1999) citado por Serra (2010:25) refere que não há uma definição que seja universalmente aceite sobre o conceito de qualidade de vida, há, todavia, o consenso de que esta é um constructo multidimensional que procura atender a uma perspectiva holística sobre a natureza bio-psico-social do ser humano, e que pode ser abordado de múltiplas formas.

Ao reflectirmos sobre a etimologia da expressão qualidade de vida, verificamos que o termo «qualidade» significa o nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa; e o termo «vida», por outro lado, engloba o estado completo da actividade funcional de uma pessoa, incluindo o seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer/sofrimento e o estilo geral de vida. (Canavarro, 2010:9)

Tendo em conta que nos estamos a debruçar sobre o conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde, segundo Naughton & Shumaker (2003) citados por Canavarro (2010:9), este deverá comportar dimensões primárias, que dizem respeito ao funcionamento físico, social e psicológico do indivíduo e à sua satisfação com a vida e percepção de saúde; e dimensões secundárias que devem incluir o funcionamento neuropsicológico, a produtividade pessoal, a intimidade e o funcionamento sexual, a qualidade do sono, a dor, a presença/ausência de sintomas e a espiritualidade.

Segundo o WHOQOL Group (1994) citado pela OMS (1998), a qualidade de vida é vista como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Uma definição bastante aproximada da proposta efectuada pela OMS foi apresentada por Felce & Perry (1993) citados por Canavarro (2010:9) que a conceptualizam como um fenómeno material e psicológico, englobando descritores objectivos e avaliações subjectivas do bem-estar físico, material, social e emocional, juntamente com medidas de desenvolvimento pessoal e actividade significativa, ponderadas por um conjunto de valores pessoais.

A definição avançada por Cummins (1997) citado por Canavarro (2010:9) é encarada de referência por considerar que o conceito de qualidade de vida integra sete domínios (bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem-estar emocional), que devem ser reflectidos em dois eixos: um mais objectivo e outro mais subjectivo, correspondendo à satisfação do indivíduo derivado da importância por ele atribuída a cada um desses domínios.

Em concordância, também Ferrão citado por Manso & Simões (2007:8) defende que o conceito de qualidade de vida adquire um carácter multifacetado, pois integra varias áreas da vida e paralelamente, integra dimensões objectivas e dimensões subjectivas que se podem desenvolver tanto a nível individual como colectivo:

- Dimensões objectivas: o grau de instrução, o rendimento, o acesso a bens e serviços, as condições ambientais, as condições socioeconómicas, a disponibilidade de bens e serviços públicos, o desempenho dos sistemas de segurança social, o nível de desemprego.
- Dimensões subjectivas: o grau de satisfação com a vida, a felicidade, as percepções de bem-estar e de saúde, a capacidade de participação cívica, a capacidade de influenciar os desenvolvimentos sociais.

Para reforçar a ideia e como refere Phillips (2006) citado por Canavarro (2010:7):

“O conceito de qualidade de vida deve integrar, para além de dimensões mais subjectivas como a felicidade e a satisfação, outros tópicos mais objectivos, considerados como universalmente necessários, tais como uma nutrição adequada, um ambiente não adverso e uma vida longa e saudável.”

Relativamente á saúde, Buss (2010:1) enfatiza o seu impacto na qualidade de vida, ao afirmar, que a mesma é “amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida.”

Smith citado por Sousa et al.(2003:365) considera que o conceito de qualidade de vida mudou a partir de meados do Séc.XX, relacionando-se actualmente, também “com dimensões menos tangíveis, nomeadamente sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objectivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si.”

Desta forma, qualidade de vida é um processo que está em constante mudança, que acompanha as necessidades individuais, que depende de diferentes e múltiplos factores de acordo com a percepção de cada indivíduo.

Viver mais torna-se sem significado, quando não se vive com qualidade. Muitas vezes na procura de acrescentar «anos à vida» é deixado de lado a necessidade de acrescentar «vida aos anos». Torna-se imperioso, aceitar os limites e não travar lutas contra a velhice, de forma a viver com qualidade esta etapa da vida. Para que se envelheça com qualidade de vida, Hortelão (2004:127) considera que é necessário “ser criativo, viver numa luta interna com o corpo e externa com a sociedade pois o indivíduo tem que responder às pressões do ambiente mobilizando os recursos mais adequados.”

Torna-se importante enfatizar a participação dos idosos em acções educativas, intersectoriais e interdisciplinares de forma a manterem a sua saúde e autonomia na velhice.

Envelhecer com qualidade, ultrapassa a objectividade da saúde física, alargando-se a um conceito multidimensional. É necessário realçar as características individuais que possibilitam uma boa adaptação às alterações inerentes ao envelhecimento e condições associadas. (Teixeira & Neri, 2008:91).

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma realidade inquestionável, relativamente às transformações demográficas: o envelhecimento da população. Este fenómeno representa ao mesmo tempo um dos maiores triunfos das ciências da saúde e também um dos nossos grandes desafios. Concomitante a este fenómeno surgem mitos relativos ao idoso.

“A ideia inerente aos idosos como a população que não contribui para o crescimento económico do país, cria estereótipos e crenças que rotulam os indivíduos como «inúteis» e inactivos e que faz com que os próprios interiorizem essas representações, originando sentimentos negativos. Estas imagens criadas sobre a velhice contribuem para a exclusão, limitando o número de novos papéis que poderão ser desempenhados.” (Silva&Serrão, 2009:29)

Desta forma, viver mais pode ter consequências sérias a nível físico, psíquico e social na vida humana. A longevidade pode ser sinónimo de perda de autonomia, depressão, isolamento social, doenças, declínio funcional e aumento da dependência. No entanto, esta realidade pode ser contrariada, segundo Paschoal (1996:2) “se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autónomos e independentes, com participação na sociedade, cumprindo papéis sociais significativos, com elevada auto-estima e encontrando um sentido para suas vidas, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado.”

Surge, assim, uma nova aposta direccionada á população idosa: a importância de lhe garantir não só uma vida maior, mas também que esta seja vivida com uma boa qualidade. A meta do Programa de Envelhecimento e Saúde foi desenvolver políticas que asseguram “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível.” (Júnior, 2005:54)

### 1.2.1. Envelhecimento Activo

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002) define envelhecimento activo como o processo de optimização das oportunidades para lutar pela saúde, pela participação activa na vida e pela segurança de que terá uma boa qualidade de vida, quando o ser humano envelhece.

Durante muitos anos a grande preocupação da investigação em saúde foi a longevidade. Hoje, para além da preocupação com a longevidade, há cada vez mais preocupação com a qualidade de vida.

O envelhecimento activo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico,

social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia protecção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. (OMS, 2002)

Inerente ao envelhecimento activo está uma variedade de factores imprescindíveis que rodeiam os idosos, as famílias e a sociedade. Só a percepção destes possibilitará a criação de políticas e programas que obtenham êxito nessa área, de modo a que a saúde seja descrita como um recurso de grande importância para uma melhor qualidade de vida.

### 1.2.2. A importância de Hábitos de Vida Saudáveis para um Envelhecimento Activo

O aumento crescente do número de idosos, e sobretudo de muito idosos, é hoje uma realidade universal, emergindo assim, o interesse pela prevenção na terceira idade, pois será através da sua preservação que o idoso poderá desfrutar de uma vida plena e assim ser uma mais valia para a sociedade.

Inúmeros factores contribuíram para o aumento da longevidade, mas as melhorias na alimentação, foram, sem dúvida, decisivas. A nutrição desempenha um papel importantíssimo em toda a vida e vai reflectir-se, quer na longevidade, quer na qualidade de vida do idoso. (Canavarro, 2010:145, 153)

A falta de saúde dos idosos é um problema que se pode evitar, para que isto aconteça, devem manter-se bons hábitos e uma dieta adequada desde jovem, sendo assim possível manter um bom nível de vida mesmo perante doenças crónicas ou outros problemas de saúde. É no entanto importante cumprir as recomendações de uma dieta rica em nutrientes.

Uma alimentação saudável equilibrada contém os vários constituintes dos alimentos (proteínas, gorduras, hidratos de carbono, vitaminas, sais minerais e fibras) numa correcta proporção entre si. É importante dar atenção a alguns aspectos da alimentação dos idosos, pois as necessidades nutricionais podem mudar.

É também função de todos os profissionais de saúde especializados nesta área, a implementação destas regras básicas para o bem-estar de todos os idosos.

A OMS lançou, em 1995, segundo Veríssimo (2001:125), um novo programa de saúde para a Terceira Idade, o qual destaca a importância da actividade física como forma de prevenir a doença e manter o bem-estar da população em idades avançadas.

A actividade física deverá ser conjugada nos grupos etários mais avançados, quer através da realização de actividades do quotidiano, quer de programas de exercício físico regular. No entanto, deverá ser sempre adaptada às condições físicas, sociais e intelectuais de cada um, caso contrário trará malefícios para este grupo etário.

É importante realçar que não é imperioso praticar exercício físico intenso para se obterem benefícios, pois é evidente que muitos destes idosos não tem condições físicas

para treinar com a intensidade que anteriormente o faziam ou não, é sim importante propor ao idoso exercícios e estimulá-los para a sua prática. Uma vantagem nestes casos é não exigir protocolos rígidos, podendo o idoso facilmente desenvolver comportamentos, que com prazer, integra no seu estilo de vida. (Verissimo, 2001:127)

### 1.2.3. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na Promoção de um Envelhecimento Activo

A Enfermagem de Saúde Comunitária compõe uma área de especialização que conjuga uma prática que envolve a interdisciplinaridade e multisectorialidade, centralizada na prevenção aos três níveis, primária, secundária e terciária.

A prática dos cuidados de enfermagem envolve um conhecimento teórico actualizado, presumindo uma formação contínua e constante, uma vez que, as questões que se apresentam no quotidiano necessitam respostas baseadas na evidência científica.

Segundo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”.

No mesmo documento refere que “os enfermeiros contribuem no exercício da sua actividade na área...da investigação para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem...participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem...”

Segundo a proposta do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011 “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo – alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.” (Regulamento n.º 128/2011)

Por outro lado a proposta do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011 considera que “a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade”. (Regulamento n.º 128/2011)

Segundo o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro no artigo 9º alínea b) compete à enfermagem realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da



reabilitação e da adaptação funcional. Esta função aponta claramente para a realização de actividades de Educação para a Saúde. Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

Em termos legislativos, o Plano Nacional de Saúde [PNS] 2004-2010 defende o investimento a nível da saúde em todas as fases do ciclo de vida, desde o nascimento até a morte. Este plano dá ênfase ao grupo etário com mais de 65 anos, que se encontra em crescimento nos países mais desenvolvidos devido à melhoria do sistema de saúde e das condições de vida. (DGSa, 2004)

Dos programas implementados pelo Plano Nacional de Saúde em Portugal [PNSP] há que realçar, entre outros, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas [PNSPI], que “reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objectivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento”. (DGS, 2004:2)

O princípio básico em que este Programa assenta é informar sobre o envelhecimento activo e sobre as situações mais frequentes susceptíveis de influenciar a autonomia e independência das pessoas idosas, orientar, na área da saúde, a organização de todos os intervenientes, profissionais ou utilizadores e contribuir para a promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, tendo em conta o impacto destas estratégias nos principais determinantes do envelhecimento activo de cada cidadão (DGS, 2004)

Este projecto deu especial atenção ao idoso não institucionalizado indo ao encontro do preconizado, também no documento anterior que salienta “a acção multidisciplinar dos serviços de saúde” que “deve visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida”. (DGS, 2004:5)

Assim tornou-se necessário reflectir sobre o estado funcional do idoso e identificar precocemente os problemas potenciais de saúde. É indispensável adquirir uma nova atitude face ao envelhecimento, no sentido de definir soluções para uma melhor qualidade de vida, que se encontra intimamente ligada à manutenção da autonomia durante o processo de envelhecimento.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária possui um conjunto de conhecimentos e procedimentos específico e aprofundado que lhe permite actuar tanto na prevenção como no tratamento de doenças agudas ou crónicas assim como nas suas sequelas. Em análise, a enfermagem comunitária tem como alvo promover a independência ao nível das actividades de vida diária, melhorar a função, potenciar a capacidade, preservar



a auto-estima e a qualidade de vida da pessoa ao longo do ciclo vital, família, grupos e comunidade.

Na comunidade o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária tem um papel fundamental pois tem um campo de intervenção mais alargado e abrangente dado que não só o utente é alvo de intervenção mas também a sua família/cuidador e meio envolvente.

Devido ao forte envelhecimento demográfico, o cenário com que nos deparamos no presente e que se prevê manter no futuro, são populações cada vez mais envelhecidas cujo cuidador/família a maioria das vezes não tem disponibilidade de tempo, económica ou geográfica para prestar assistência à pessoa necessitada. Assim, prevê-se que cada vez mais os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária sejam precisos junto dos utentes no seu domicílio.

O Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011 considera que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária deve “participar no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e ‘empowerment’ das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania”. (Regulamento N°128/2011) Segundo Laverack (2008) ‘empowerment’ refere-se ao percurso que se pode realizar para alcançar poder e controlo sobre a sua vida e à capacitação, o adquirir competências ou capacidades de os utilizar. O mesmo autor refere ainda que ‘empowerment’ não é sinónimo de dar algo a alguém, mas sim ajudar para que esse processo seja desencadeado, verificando-se que, os resultados serão alcançados pelas próprias pessoas/comunidade.

A promoção de um envelhecimento saudável com melhor QDV é uma prioridade, uma vez que a ocorrência das doenças crónicas é cada vez mais uma inquietação. O enfermeiro de saúde comunitária deve reconhecer quais as necessidades dos idosos e suas famílias de modo a determinar quais as intervenções mais adequadas a todo o grupo. As sessões de educação para a saúde são uma das principais estratégias que o enfermeiro deve utilizar no sentido de contribuir para aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis por parte da comunidade, neste caso em particular uma alimentação saudável, a pratica de exercício físico, assim como viver num ambiente seguro, evitando acidentes domésticos.

O envolvimento de parcerias é essencial para uma intervenção comunitária bem sucedida e para que haja continuidade. Lancaster & Stanhope citando (Dahl et al. 1993) referem que a maior parte das mudanças têm como meta a atingir, melhorar a saúde da comunidade, através de parcerias activas com os habitantes da comunidade e os trabalhadores de saúde de várias disciplinas.

Para estas autoras, parceria é definida “como sendo a distribuição (e redistribuição)

informada, flexível e negociada de poder entre todos os participantes nos processos de mudança para uma melhor saúde da comunidade.” (Lancaster & Stanhope, 1993:318)

O enfermeiro tem o privilégio de trabalhar com e para a comunidade, estar junto da população e tornar-se um membro activo dela, capaz de identificar as principais necessidades e problemas da mesma, sendo de extrema importância para delinear estratégias. O enfermeiro especialista deve utilizar as competências específicas que adquiriu e os conhecimentos de modo a promover a saúde em toda a comunidade.

### 1.3. CONTEXTUALIZAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

#### 1.3.1 Promoção da Saúde/ Educação para a Saúde

As actividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas a partir de discussões realizadas nas conferências internacionais de saúde. A promoção da saúde foi a grande chave deste projecto, teve o seu início com a Declaração de Alma-Ata, e o seu progresso na Carta de Ottawa.

A partir da Conferência de Alma-Ata (Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde - 1978) e da proclamação da “saúde para todos no ano 2000”, a meta de ultrapassar o modelo biomédico, assim como tudo o que a envolve, passou a fazer parte da agenda da OMS. A Declaração de Alma-Ata determinou como princípios fundamentais dos Serviços de Saúde, a acessibilidade, a adaptação às necessidades da população, o envolvimento, quer no Sistema de Saúde, quer no desenvolvimento social e económico global da comunidade, tendo por base a participação comunitária, economicamente suportáveis e em colaboração intersectorial. Aconselha a aceitação de um conceito amplo de saúde, de justiça social, de auto-responsabilidade e de solidariedade e compreende a saúde como um recurso que deve estar ao alcance universal de todos. (OMS, 1978)

Em 1986, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, define na sua declaração final, Carta de Ottawa, um novo conceito de promoção da saúde: “ processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam.” O princípio desta conferência engloba a elaboração de políticas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da acção comunitária e o desenvolvimento de capacidades individuais. (OMS, 1986)

A promoção da saúde é planeada como uma estratégia que está prestes a ser incluída em todas as dimensões da vida.

A OMS (1986) "... reporta a promoção da saúde enquanto processo constituído que afirma às populações os meios necessários para assegurar um maior controlo sobre a sua própria saúde, representando um processo global (...) de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas (...)"

A promoção da saúde abarca a educação para a saúde, assim, uma maneira prática de progredir é considerá-la como um conceito que abrange uma série de actividades didácticas e que promovem a saúde. A educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e colectivas.

A educação para a saúde é uma combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, tornando maior o seu conhecimento ou influenciando as suas atitudes.

A educação para a saúde é uma estratégia para a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade (Basto, 2000). Esta é fundamental nos idosos, e os enfermeiros têm um papel extremamente importante na ajuda para que eles possam atingir e manter o melhor estado possível de saúde e bem-estar. O ensino e a motivação ao auto-cuidado, mediante a execução, a prática e o treino, de forma a torná-los o mais independente possível, devem fazer parte dos cuidados de enfermagem.

A promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas de modo a aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la. Foca-se para além do comportamento individual para um amplo leque de intervenções sociais e ambientais. (OMS, 1986)

Aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la, é o grande desígnio da promoção da saúde.

### 1.3.2. Modelo de Promoção da Saúde segundo Nola Pender

A utilização de modelos e teorias, no âmbito da promoção da saúde, facilita a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e encaminha para soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. O modelo de promoção da saúde de Nola Pender integra a psicologia social e uma perspectiva holística de enfermagem. É um modelo que presume que a saúde é uma condição positiva e por isso todas as pessoas a pretendem alcançar, sendo a maneira como cada pessoa depreende a sua própria saúde, mais importante do que o conceito genérico. (Sakraida, 2004:704) Esta afirmação vai ao encontro do nosso estudo, pois foram os nossos idosos que descreveram qual a percepção que eles tinham de saúde e qualidade de vida.

Nola Pender considera o termo saúde como um aspecto individual, familiar e comunitário, sempre na melhoria do seu bem-estar, durante todo o processo de desenvolvimento, numa perspectiva holística. (Nascimento 2011:25)

A pessoa é a base deste modelo e exprime-se de forma particular de acordo com as suas funções cognitivas e perceptivas individuais e de acordo com as alterações a que é exposta. A pessoa é entendida como aquele que é capaz de tomar decisões, resolver problemas, logo, o foco está na sua capacidade de mudar comportamentos de saúde. (Nascimento 2011:25)

Os factores cognitivo-perceptivos são mecanismos primários de motivação, ou seja “os principais determinantes dos comportamentos de promoção da saúde”. (Sakraida, 2004:704)

Outros factores pessoais, como a idade, o sexo ou a educação podem também influenciar de forma indirecta o comportamento adoptado. (Machado, 2009)

Olhar a pessoa como um todo, compreender o contexto onde está inserida e identificar os obstáculos que dificultam a que não se adquira saúde é o grande desafio.

Tomey & Alligood (2002) referem que para Nola Pender “o objectivo da enfermagem é o de ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias.” Assim sendo, a enfermagem deve relacionar estratégias e intervenções que tem ao seu dispor para estimular comportamentos de promoção da saúde, nomeadamente o auto cuidado.

Neste ponto de vista, um dos meus objectivos será o de capacitar os idosos a adquirirem hábitos de vida saudáveis, reforçando a ligação entre a nutrição e a actividade física, aumentando a acessibilidade à informação, nutrição, educação, aconselhamento de alimentos saudáveis de modo a promover um envelhecimento saudável, com melhor QDV.

### 1.4. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE

Planear em saúde, é uma acção contínua que prevê quais os serviços necessários, para atingir objectivos propostos segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo fazer a escolha de qual a solução mais adequada perante várias alternativas, essas escolhas têm em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro. (Tavares, 1990:29)

O enfermeiro especialista em saúde comunitária possui capacidades conceituais, acreditadas, e mesmo técnicas que lhe permitem realizar um planeamento em saúde. Este é constituído pelas seguintes etapas: Diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, preparação operacional e avaliação. (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldez, 1993)

O diagnóstico de saúde, como primeira etapa do planeamento, consiste num processo exigente, preciso e exacto de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades, colaborando com o processo de privilegiar os problemas e necessidades identificados, pela aplicação de

critérios epidemiológicos e com a participação activa das comunidades nas tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde.

Só realizando um bom diagnóstico de saúde se poderá prosseguir nas restantes etapas do planeamento em saúde.

A elaboração e implementação de programas/projectos correspondem à segunda fase do planeamento em saúde e propõem-se dar resposta, de forma organizada, às questões com que nos deparamos. Nesta fase fixam-se os objectivos, as estratégias, as actividades e os indicadores indispensáveis à última etapa, a avaliação. (OE, 2011)

Como refere Tavares (1990:37) “o planeamento em saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações.”

### 1.5. CONTEXTO EM ESTUDO

De acordo com Hoeman (2000), a comunidade é o local de eleição para desenvolver cuidados de enfermagem comunitária tanto aos utentes como às famílias/cuidadores. Na comunidade, para além dos princípios básicos como promoção da independência e autocuidado, prevenção de complicações, o enfermeiro especialista tem de alargar o seu leque e actuação englobando todo o suporte familiar e social. Nesta área, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desempenha o papel de formador, consultor, defensor e elo de ligação com a comunidade.

Este estágio teve lugar junto dos idosos pertencente à Extensão de Saúde de Cebolais de Cima, Extensão de Saúde de Lardosa e um Ficheiro Clínico do Centro de Saúde de Castelo Branco, de 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011 e incidiu na área da promoção do Envelhecimento Saudável/ Qualidade de Vida do Idoso.

É preciso ter presente que Castelo Branco é uma cidade, capital do Distrito de Castelo Branco, situada na região Centro (Beira Baixa), com cerca de 30 649 habitantes. É sede de um dos maiores municípios portugueses, com 1 438,16 km<sup>2</sup> de área e 53 909 habitantes.

O concelho de Castelo Branco é composto por 25 freguesias, sendo que uma é predominantemente Urbana (a freguesia de Castelo Branco), duas são medianamente Urbanas (Alcains e Cebolais de Cima) e as restantes são freguesias predominantemente Rurais, onde se insere a nossa Extensão de Saúde de Lardosa.

A população do concelho de Castelo Branco tem vindo a envelhecer ao longo das últimas décadas. Segundo o INE, cerca de 22% da população, o que corresponde a cerca de 12000 pessoas tem 65 anos ou mais.

Cebolais de Cima tem uma área de 12,86 km<sup>2</sup> e tem cerca de 1290 habitantes (INE, 2002). Este número é o que resta de uma redução significativa, observada na última década, devido ao fluxo migratório de dentro para fora da freguesia, reflexo do encerramento da quase totalidade das unidades fabris aqui existentes. De acordo com os dados dos Censos 2001, a população de Cebolais de Cima apresenta um Índice de envelhecimento de 338,9%, salientando que é muito superior ao índice de envelhecimento da região centro (130%) e de Portugal (102%).

A freguesia da Lardosa situa-se no concelho de Castelo Branco, com uma área de 44,46 km<sup>2</sup>, segundo os Censos de 2001 a população residente era de 1044 habitantes, com um Índice de Envelhecimento de 304,6%, uma proporção de 31,5% de idosos.

A nossa amostra foi constituída por 255 idosos. Estes faziam parte de uma população de 1100 idosos que constituem o total de indivíduos com 65 ou mais anos dos ficheiros seleccionados.

É importante referir que quando se coloca a questão do envelhecimento bem ou mal sucedido estamos a definir padrões de adaptação do idoso às suas actuais capacidades de funcionamento, no seu contexto de vida.

O conceito de envelhecimento “com qualidade de vida” só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas (Fonseca, Paúl et al., 2005)

As enormes diferenças entre o campo e a cidade no que diz respeito ao ambiente físico e social, à história de vida e ao estilo de vida dos indivíduos, parecem não influenciar o sentimento predominante de solidão que se verifica nas populações idosas das duas comunidades. (Fonseca, Paúl et al., 2005)

## **2. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

### **2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

O diagnóstico de situação é então a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde e segundo Imperatori & Giraldes (1982) deve ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais de forma a identificar os principais problemas de saúde e respectivos factores condicionantes. Estes autores também referem que o diagnóstico de situação deve ser suficientemente aprofundado para compreender as causas desses problemas e ser suficientemente sucinto e claro.

O instrumento de colheita de dados que utilizámos para a realização do diagnóstico de saúde foi inquérito por questionário, constituído por 4 partes. (Apêndice II)

A primeira parte do questionário visa fazer uma caracterização sócio-demográfica da população e inclui três questões abertas para percebermos a percepção do conceito de qualidade de vida para os idosos em estudo, e os factores que estes consideram influenciá-la positiva e negativamente.

Na segunda parte utilizámos a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF da OMS e na terceira parte a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD versão para os idosos também da OMS.

Na quarta parte utilizámos o Índice de Barthel para avaliação do grau de dependência para as actividades de vida diária dos idosos estudados.

### **Problemas e Necessidades**

O questionário foi efectuado a 255 individuos, mais especificamente a 66,3% do sexo feminino e 33,7% do sexo masculino. (cf. Apêndice III Quadro 1)

Verificámos então que o grupo etário dos 65 aos 74 anos foi o mais representado, correspondendo a 52.5% da totalidade dos idosos (sendo que neste grupo etário 71.6% são do sexo feminino), 39.6% pertencem ao grupo etário entre 75 a 84 anos (60.4% neste grupo são do sexo feminino) e 7.8 % com 85 anos ou mais (dos quais 60% são do sexo feminino). (cf Apêndice IV Quadro 2)

Sobre o estado civil dos idosos, 64.3% são casados (dos quais 59.1% são do sexo feminino) e 29% são viúvos (dos quais 81.1% são do sexo feminino), e apenas 4.3% são solteiros (dos quais 72.7% são do sexo feminino). (cf Apêndice V Quadro 3)

Apesar do ensino básico ser a formação mais referida (62.4%), dos quais 67.3% são do sexo feminino, observamos contudo que 16.5% dos idosos não sabe ler nem escrever dos quais 81% são do sexo feminino. (cf Apêndice VI Quadro 4)

Em relação à profissão, a maior parte dos idosos estão reformados (98%), e apenas 5 idosos (2%), continuam a trabalhar. (cf Apêndice VII Quadro 5)

Relativamente à constituição do agregado familiar, constatámos que 62,4% dos idosos vive com o cônjuge, e 27,1% dos idosos vive sozinho. (cf Apêndice VIII Quadro 6)

Analisando a distribuição dos idosos, segundo a idade e o local de aplicação dos questionários, percebemos que a faixa etária mais representada é a dos [65,75 [nos três locais. (cf Apêndice IX Quadro 7)

Da nossa amostra 38.8% são utentes inscritos na UCSP 1 (Extensão de Saúde de Cebolais de Cima), 37.6% são utentes inscritos na UCSP 2 (Centro de Saúde de Castelo Branco/S.Tiago), e 23.5% são utentes inscritos na UCSP 5 (Extensão de Saúde da Lardosa). (cf Apêndice X Quadro 8)

A auto-avaliação da QDV foi efectuada solicitando-se aos idosos uma apreciação da sua qualidade de vida. A faixa etária que considera ter uma QDV melhor é a dos [65,75[ anos, onde encontrámos 46% dos idosos, diminuindo ao longo da faixa etária. (cf Apêndice XI Quadro 9 e 10)

Relativamente á questão “ O que é para si qualidade de vida?” as dimensões criadas para definir QDV foram referidas por ordem decrescente: “ter saúde”, “ter paz”, “ter dinheiro”, “ter família/amigos” e “ter uma ocupação para os tempos livres”. (cf Apêndice XII Quadro 11 a 16)

Os factores referidos pelos idosos como determinantes para a melhoria da sua QDV hierarquizando, por ordem decrescente, foram a “saúde”, seguida por “família/amigos”, “dinheiro” e a menos referida foi “ter boas condições de habitabilidade”. (cf Apêndice XIII Quadro 17 a 21)

A “saúde” é o factor determinante de QDV mais referido pelos dois géneros, enquanto na dimensão “ocupação/actividades de lazer” é o feminino que mais a refere.

No que diz respeito à percepção de saúde, de um modo geral os idosos consideram-se “satisfeitos” e “muito satisfeitos”. Esta classificação é mais representativa no intervalo de idades dos [65, 75[ anos e no sexo feminino. São os idosos com 85 e mais anos que se consideram mais insatisfeitos com a sua saúde ou seja, têm uma pior percepção de saúde. (cf Apêndice XIV Quadro 22 e 23)



Um dos factores que mais influenciam a satisfação/ percepção de saúde é o ter dinheiro. Podemos observar que quem refere ter nada ou pouco dinheiro para as suas necessidades apresenta-se muito insatisfeito ou insatisfeito com a sua saúde, existindo assim relação significativa entre o poder económico e a percepção de saúde. (cf Apêndice XV Quadro 24 e 25)

O ter dinheiro para satisfazer as suas necessidades foi considerado pelos idosos como factor determinante da sua qualidade de vida, dos 11% dos idosos que refere ter pouco dinheiro para satisfazer as suas necessidades, 21.1% avalia a sua qualidade de vida como muito má ou má. (cf Apêndice XVI Quadro 26)

Os idosos de Cebolais de Cima foram os que manifestaram ter melhor qualidade de vida. (cf Apêndice XVII Quadro 27) Os mesmos idosos manifestaram melhor qualidade de vida em todos os domínios da escala de WHOQOL-BREF. (cf Apêndice XVIII Quadro 28)

Por outro lado, nas respostas dos domínios da WHOQOL-OLD, verificou-se que os idosos inscritos no ficheiro da UCSP 2 (Castelo Branco) são os que manifestam melhor qualidade de vida nos domínios Habilidades Sensoriais e Morte, enquanto na extensão de saúde de Cebolais de Cima manifestam melhor qualidade de vida em todos os outros domínios. (cf Apêndice XIX Quadro 29)

Relativamente aos principais problemas identificados no nosso diagnóstico um deles foi a falta de actividade física, onde 78,8 % dos idosos referem não fazer exercício físico, (cf Apêndice XX Quadro 30) 22,3% referem-se insatisfeitos com a sua capacidade para desempenharem as actividades do seu dia-a-dia (cf Apêndice XXI Quadro 31) e 58,4% referem estar muito insatisfeitos com a sua mobilidade. (Apêndice XXII Quadro 32)

Quanto aos Domínios da escala WHOQOL-OLD: Verificou-se que o domínio das Habilidades Sensoriais é onde os idosos referem melhor qualidade de vida e é no domínio Morte que referem pior qualidade de vida. (cf Apêndice XXIII Quadro 33)

O princípio básico em que assenta o PNSPI (2004), visa informar sobre o envelhecimento activo e sobre as situações mais frequentes susceptíveis de influenciar a autonomia e independência das pessoas idosas, orientar, na área da saúde, a organização de todos os intervenientes, profissionais ou utilizadores e contribuir para a promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, tendo em conta o impacto destas estratégias nos principais determinantes do envelhecimento activo de cada cidadão. (PNSPI, 2004:13)

É importante estudar e conhecer as alterações próprias do processo de envelhecimento, pesquisar e obter informação sobre programas de actividade física bem sucedidos com este grupo etário visando conhecer as limitações e necessidades da população idosa.

O declínio das capacidades físicas e as modificações fisiológicas decorrentes do

envelhecimento são aspectos fundamentais para a elaboração de programas de exercícios para idosos. (Takahashi, 2004) Estes programas visam repor a forma, melhorar e manter a condição física, respeitando sempre os antecedentes e capacidades dos indivíduos, e serem principalmente orientados para os exercícios de fortalecimento e relaxamento. Quase todas as pessoas, seja em que idade for, podem iniciar um programa de actividade física, mesmo que nunca tenham praticado desporto. (Takahashi, 2004)

Todos sabemos que os exercícios são muito úteis para a oxigenação do corpo, mas antes de começar deve-se saber a história pregressa do idoso, possíveis restrições sobre o exercício e quais os tipos de actividades mais aconselháveis.

O ser idoso, sendo uma pessoa experiente e vivida, possui uma bagagem a ser considerada, que precisa ser valorizado e respeitado durante a prática de actividade física. A ênfase das actividades deve ser dada ao seu bem-estar bio-psico-social, ao aumento da sua auto-estima e nunca à competição com outros idosos. (Neto, 2006) Relativamente aos domínios da escala WHOQOL-BREF: Verificámos nas respostas aos nossos questionários que o domínio das Relações Sociais é onde os idosos referem melhor qualidade de vida e é no domínio Físico que referem pior qualidade de vida. (cf Apendice XXIV Quadro 34)

Segundo Geis & Rubi (2003) a actividade física bem estruturada e elaborada para os idosos, pode recuperar o ritmo e a expressividade do corpo, agilizar os reflexos e adequar os gestos a diferentes situações. Os mesmos autores referem que os idosos não adquirem apenas novos conceitos como treino, adaptação ao esforço, jogo, condição física, flexibilidade, resistência, força, equilíbrio, eles aprendem a contar a frequência cardíaca, gostam de conviver, fazer novas amizades e quebrar o isolamento.

Promover uma parte social após uma actividade física é de extrema importância pois contribui para que os alunos permaneçam integrados, participantes e motivados em todos os acontecimentos. O lazer e socialização devem integrar um programa bem sucedido, para que tal ocorra, as actividades devem ser sempre que possível em grupo e variadas. (ACSM, 2000)

Segundo o ACSM (2000) a actividade física em qualquer idade e principalmente nesta faixa etária, deve ser trabalhada para que o indivíduo sinta prazer, alegria, bem-estar e nunca como uma prática imposta, dolorosa e acima de tudo que não respeite os limites de cada um.

Outro dos problemas identificados, foi uma alimentação pouco saudável perante os problemas de saúde já existentes. Apesar de não ser significativo o número de idosos que ingerem bebidas alcoólicas (12,2%) ou que fumam (6,3%), um dado relevante nesta amostra é que todos os idosos que referem fumar, estão inscritos no ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco. (cf Apêndice XXV Quadros 35 a 37)

No século IV aC, Hipócrates evidenciava o papel da alimentação na protecção da saúde. Dele ficou conhecida a célebre frase, “deixa o teu alimento ser o teu medicamento”.

O processo de envelhecimento relativamente às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo traduz-se numa diminuição progressiva das capacidades de manutenção de equilíbrio homeostático que em condições normais, não será suficiente para produzir distúrbios funcionais. Quando este declínio é muito significativo, ocorre uma redução da reserva funcional, colocando o idoso mais vulnerável ao surgimento de doenças crónicas (Netto, 2000; Imaginário, 2004), que podem levar a alterações na capacidade funcional progredindo para uma dependência.

Um dos aspectos avaliados na área de saúde é a existência de patologias. Este dado é obtido com questões que remetem o idoso a referir as principais doenças que o afectam neste momento.

O número de idosos que sofrem de Hipertensão Arterial, Osteoporose, Problemas Cardiovasculares e de Diabetes, assim como as que referem tomar medicamentos para as dores necessita ser tida em conta. (cf Apêndice XXVI Quadro 38)

A Hipertensão Arterial foi a patologia mais frequente, sendo referida por 61.6% dos idosos (68.2% dos quais são do sexo feminino) e na faixa etária dos [65,75 [anos de idade. (cf Apêndice XXVII Quadros 39 e 40)

A Osteoporose é referida por 31.4% dos idosos, verificando-se um valor mais elevado no sexo feminino (95%) e na faixa etária [65,75 [anos de idade (cf Apêndice XXVIII Quadros 41 e 42) A melhor forma de prevenção está na ingestão de uma dieta rica em cálcio em todas as idades.

As pequenas fracturas ou deformações dos ossos da coluna entre os 60 e 70 anos são uma das alterações responsáveis pelas frequentes dores nas costas. Entre os 70 e 80 anos ocorrem mais frequentemente as fracturas do colo do fémur. (Neves & Chen, 2002:5)

A prevenção da osteoporose inicia-se por bons e adequados hábitos alimentares desde a infância com grande ingestão de cálcio e com o avanço da idade o controle do excessivo consumo de proteínas (carne principalmente), café, tabaco e álcool. A exposição adequada ao sol, exames preventivos e o bem-estar mental também são recursos para combater a doença. (Neves & Chen, 2002:5)

A influência da actividade física na dinâmica do esqueleto e na prevenção da osteoporose tem provocado cada vez maior interesse. Por exemplo a relação entre a massa muscular e a massa óssea tem vindo a ser descrita há muito tempo, mas só mais recentemente tem vindo a ser mais estudada, especialmente em atletas (Bass et al., 1998).

Estes autores referem que existe uma clara associação entre a massa óssea obtida com exercício físico regular e a densidade mineral óssea, sendo importante compreender a relação entre a actividade física e a densidade mineral óssea. O tecido ósseo é vivo e

activo, e desenvolve-se também ao resistir a forças que agem sobre ele. Sinaki, (1989), refere que a aplicação repetida de uma tensão física sobre um osso faz com que ele se remodele e fique mais forte.

A prática de exercícios regulares durante toda a vida deve ser incentivada bem como a prevenção de traumas e quedas com a adopção a recursos simples como não andar pela casa no escuro, evitar tapetes soltos, pisos escorregadios, chinelos largos, usar corrimão para subir escadas, etc. (Neves & Chen, 2002:6)

A Diabetes é referida por 27.1 % dos idosos, dos quais 65.2% são do sexo feminino e na faixa etária [65,75 [anos de idade. (cf Apêndice XXIX Quadros 43 e 44)

A escolha da dieta influencia profundamente as perspectivas de saúde a longo prazo. As doenças que mais preocupam as pessoas podem ser divididas em dois grupos principais: as infecciosas e as degenerativas. As primeiras são transmissíveis e estão ligadas a condições de vida das pessoas, como higiene, saneamento, abastecimento de água, etc. A nutrição tem uma influência no estado de saúde geral da pessoa, para que ela possa recuperar, assim, pessoas desnutridas, com deficiências nutricionais têm menor resistência e capacidade para defender o seu organismo, pois apresentam menor eficiência do sistema imunitário. As doenças degenerativas não são transmissíveis, mas desenvolvem-se ao longo da vida, de acordo com os hábitos e estilo de vida das pessoas. A soma de factores que contribuem para que essas doenças se desenvolvam são os chamados factores de risco. (Affonso & Sonata, 2002:72)

A alimentação equilibrada é muito importante para o controlo da diabetes. O pâncreas é o órgão que produz a insulina. Quanto mais açúcar ou alimentos doces são ingeridos, mais insulina o organismo vai ter que produzir para equilibrar os níveis de açúcar no sangue.

Esse excesso de trabalho pode danificar as células responsáveis pela produção de insulina, tendo como consequência a diabetes. Por isso, a prevenção desde a infância, com uma alimentação equilibrada, pode evitar a exaustão do pâncreas e com isso a diabetes tipo 2. (Affonso & Sonata, 2002:76)

A doença foi também uma dimensão referida pelos idosos em relação à qualidade de vida, podemos verificar que, 32% dos idosos que o referiu, manifestou-se satisfeito ou muito insatisfeito com a sua saúde. (cf Apêndice XXX Quadro 45) As doenças crónicas são o factor major que influencia a capacidade das pessoas idosas em viverem o seu dia-a-dia de forma independente e segura no seio da comunidade onde residem. Um dos factores que também condiciona o idoso para o desempenho das actividades de vida diária é a dor. Na nossa amostra 42.7% dos idosos referem tomar medicamentos para a dor frequentemente (dos quais são 81.7% são do sexo feminino) e na faixa etária [65,75 [anos de idade. (cf Apêndice XXXI Quadro 46 e 47)

Podemos observar que dos 6.3% dos idosos que referem estar muito insatisfeitos com a sua saúde, 12.5% referem necessitar muitíssimo dos cuidados de saúde e 56.3% refere necessitar muito. (cf Apêndice XXXII Quadro 48)

Os idosos que percebem a sua saúde de forma negativa, referiram igualmente a sua qualidade de vida, ou seja, 56.3% dos idosos que referem estar muito insatisfeitos ou insatisfeitos com a sua saúde e avaliam-na como muito má e má. (cf Apêndice XXXIII Quadro 49)

Outro dos problemas encontrado estava relacionado com o ter ou não, um ambiente saudável que lhe permitisse evitar as quedas e facilitasse as suas actividades de vida diária.

Relativamente ao ter um ambiente seguro em casa, apenas 22,4 % dos idosos referiram não ter um ambiente seguro em casa (cf Apêndice XXXIV Quadro 50), no entanto acreditamos que este valor não é de todo o correcto devido à não compreensão da expressão ambiente seguro, logo, não os ter feito pensar em barreiras arquitectónicas e prevenção de acidentes domésticos.

Face à crescente representatividade dos idosos, particularmente dos muito idosos e à elevada expressividade do padrão de doença crónica frequentemente presente nesta fase da vida, a comunidade científica tem centrado o progresso perspectivado no lema de “melhor conhecer para melhor intervir”, sendo consensual que a avaliação /intervenção na pessoa idosa deve ser integral, multidimensional e dinâmica, conceptualizada numa abordagem familiar, privilegiando as medidas de prevenção primária e secundária, onde a promoção da funcionalidade/prevenção da incapacidade constitua um enfoque central nas actividades da equipa de saúde. Outro factor que influencia a percepção da saúde e é determinante da QDV é o grau de dependência. Podemos verificar que 17.5% dos idosos que apresentam alguma dependência, 48.9% refere estar muito insatisfeito com a sua saúde. Verificamos que existe associação destas duas variáveis. (cf Apêndice XXXV Quadro 51 e 52)

Quanto maior o nível de dependência menor a qualidade de vida. 66.6% dos idosos apresentam níveis de dependência grave ou moderado e avaliam a sua qualidade de vida como muito má. (cf Apêndice XXXVI Quadro 53)

Na fase tardia da vida, a manutenção da independência e da autonomia são os melhores preditores da qualidade de vida percebida, pelo que a capacidade funcional (física, psicológica e social) constitui-se como a dimensão – chave na avaliação/intervenção geriátrica (DGS, 2004; Rebelatto & Morelli, 2004)

Nos idosos, as quedas constituem uma das principais causas de perda funcional e de independência. Este tipo de acidentes é uma preocupação importante e constante, não só por serem acontecimentos frequentes mas também, devido ao facto destes indivíduos

apresentarem elevada propensão para sofrer lesões resultantes das quedas (fracturas, traumatismo craneoencefálico, lesões das partes moles, hematomas extensos) resultado de algumas alterações associadas ao processo de senescência e à comorbilidade frequente nesta fase da vida. (DGS, 2004)

Segundo Rubenstein, (2006) citado por Araújo et al., (2009), a incidência e as complicações que estão associadas a esta fase da vida, aumentam significativamente a partir dos 60 anos e dois terços das mortes por lesões não intencionais são devidos às quedas. A mortalidade relacionada com as quedas aumenta também com o aumento da idade especialmente após a sétima década de vida. (Araújo et al, 2009)

Os idosos não institucionalizados apresentam as taxas mais baixas, no entanto os resultados reportam que cerca de um terço dos idosos que vivem no seu ambiente domiciliário, caem pelo menos uma vez por ano. (Álvares et al, 2010)

Na origem das quedas, têm sido identificados vários factores frequentemente classificados como intrínsecos, isto é, que decorrem de alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, a doenças e efeitos causados por uso de fármacos, ou factores extrínsecos, ou seja, aqueles que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso, referindo a evidência que o risco de cair aumenta à medida que aumentam os factores de risco. (Neto, 2006; WHO, 2007)

O conhecimento das circunstâncias, dos determinantes e das consequências associadas às quedas na população idosa é essencial para melhor compreender o problema e assim adequar estratégias efectivas na avaliação e na implementação de programas de prevenção, nos diferentes contextos nomeadamente na comunidade porque muitos dos factores de risco a elas associados são potencialmente preveníveis. (WHO, 2007)

Os elementos identificados com êxito nas diferentes abordagens multifactoriais incluem, visita domiciliária, exercício com treino de marcha e equilíbrio, uso adequado de dispositivos de assistência, avaliação e modificação do risco ambiental, gestão do plano terapêutico, gestão dos problemas visuais, providenciar ensino e treino, abordagem aos problemas do pé e calçado, gestão da hipotensão postural e outros problemas cardiovasculares. (WHO, 2007; DGS, 2004)

Por fim, e não menos importante foi o número de idosos que referem ter sentido sentimentos negativos (87,8%) sendo o sexo feminino o que mais refere esta sintomatologia. (cf Apêndice XXXVII Quadro 54 e 55)

Quanto às respostas dadas por sexo, relativamente ao não gostarem da sua aparência física, (46,3%), concluímos que é o sexo masculino que melhor aceita a sua aparência física

com um total de respostas “bastante” e “completamente” de 62.7%. (cf Apêndice XXVIII Quadro 56)

Em relação ao ter oportunidades para desempenhar actividades de lazer, 39,2 % dos idosos referiram não ter muitas oportunidades (cf Apêndice XXXIX Quadro 57) e 23,1% referem-se insatisfeitos relativamente a participarem em actividades da comunidade, contribuindo assim para o isolamento social. (cf Apêndice XL Quadro 58)

A forma como cada um se vê e se sente inserido, com as suas características, é fundamental na sua interacção com o meio em que vive, na obtenção da QDV desejada. Deste modo, a história de vida, o sistema de valores e contexto social são factores determinantes para um envelhecimento bem sucedido. (Sequeira, 2007)

Envelhecer com autonomia, independência, ter um papel social activo, boa saúde física e psicológica, contribui para a promoção de uma boa QDV. (Paschoal, 2000, citado por Paschoal, 2002)

Para os idosos, os serviços sociais e de saúde, as características pessoais (mobilidade/capacidade) e comportamentais, os contactos pessoais, a família e o desempenho de actividades, proporcionam satisfação e QDV. (Paúl & Fonseca, 2005)

O conceito de QDV varia de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, experiências anteriores e outros factores pessoais. Os idosos estão, assim, sujeitos a condições próprias do decurso do envelhecimento que resultam numa diminuição da QDV, tais como, limitações físicas, ao afastamento do seu meio habitacional ou á solidão a que são sujeitos quer pela incapacidade de resposta familiar, quer pela própria sociedade, que os afasta, (Rocha et al., 2002), quer pela diminuição das redes sociais que se manifesta na ausência de comunicação e manutenção de contactos mínimos. (Sousa et al., 2004)

Costa (1998) cita que “(...) por mais que o Homem envelheça, por mais que a sociedade determine sua idade e classifique-o como velho, enquanto viver, ele não deixará de “ser”, de “existir” como pessoa e de ter direito a um espaço dentro da sociedade”.

A solidão é um sentimento que se encontra frequentemente relacionado com o isolamento social e com o viver só (Sousa et al., 2004). Relacionar solidão e isolamento social com recursos do idoso e acontecimentos de vida, levou a que Figueiredo, (2007) referisse que as pessoas que vivem sós estão mais vulneráveis a sentir solidão, sendo esta e o isolamento mais comuns nos idosos.

Desta maneira, a relação com outras pessoas pode incentivar a ter hábitos saudáveis, contribuindo para um aumento do autocontrolo de forma a influenciar positivamente o bem-estar psicológico. (Ramos, 2002, citado por Bones et al., 2006) O apoio social que as redes sociais dão, resulta numa redução do isolamento e aumento da satisfação com a vida das pessoas. (Carvalho et al., 2004, citados por Bones et al., 2006)



Segundo Neto (2000), a solidão pode ser vista enquanto característica de personalidade, sendo as pessoas solitárias as que referem história de sentimentos frequentes e intensos de solidão. Pode também encarar-se enquanto um estado psicológico em que as pessoas sentem solidão durante diferentes períodos de tempo em diferentes momentos da sua vida.

A solidão pode estar associada a uma baixa auto-estima. As pessoas solitárias são pessoas com uma visão pessimista delas próprias e das outras pessoas. São tímidas e sem assertividade, não respondem e são indiferentes nas interações sociais. A solidão estaria associada à falta de assertividade, sociabilidade inibida e à timidez (Neto, 1992).

Neto (1992) afirma que uma pessoa que se sente sozinha experimenta angústia, insatisfação e exclusão.

Constatámos que 62.4% dos idosos vivem com o cônjuge, contudo será de realçar que 27.1% dos idosos vive sozinho. (cf. Apêndice 8 Quadro 6)

No nosso estudo a solidão foi considerada como um dos factores que interfere na qualidade de vida dos idosos, podemos verificar que na nossa amostra os idosos que mais frequentemente têm sentimentos negativos como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão, avaliaram a sua qualidade de vida como ‘muito má’ ou ‘má’. (cf Apêndice XLI Quadro 59)

Todos os dias o idoso depara-se com os ‘fantasmas’ do envelhecimento, que o incomodam e se manifestam no medo da solidão, do desconhecido e da morte.

A iminência da morte é um medo que os idosos do estudo expressaram agravado pelas perdas que a acompanham e preocupação pela falta de controlo da própria vida que leva ao processo de morrer e isolamento social.

A percepção de que se tem um papel, mais ou menos relevante, a desempenhar junto dos outros pode constituir-se se como um objectivo de vida e ter porque viver e para quem viver são condições necessárias ao bem-estar. Nos casais a preocupação é com o cônjuge e que se acentua quando o contacto com os filhos é caracterizado por um envolvimento superficial e visitas esporádicas.

Com o avançar dos anos, a morte vai estando cada vez mais presente na vida da pessoa. É inevitável que isso aconteça, perdem-se os pais, os irmãos, os amigos, o cônjuge...

No nosso estudo, 38.8% dos idosos referiram que não temem a morte enquanto acontecimento (cf Apêndice XLII Quadro 60) no entanto, 45.9% dos idosos receiam o sofrimento que a antecede e/ou a anuncia e prepara. (cf Apêndice XLIII Quadro 61)

O não ter medo da morte pode ser uma posição sustentada racionalmente, visando a evitação do contacto mais profundo com as emoções a ela relacionadas (Araújo et al, 2009), ou ainda, a perspectiva de continuidade de uma vida melhor após a morte.



O diagnóstico de situação termina com uma breve identificação dos principais problemas, sobre os quais vai incidir a escolha dos que pretendemos solucionar ou minimizar, desta forma, foram resumidamente, a falta de actividade física, uma alimentação pouco saudável perante as doenças já existentes, a falta de um ambiente seguro em casa que pode provocar diversos acidentes e a frequência com que referiram sentir sentimentos negativos que podem levar a depressões e ao isolamento social.

### 2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Depois do diagnóstico feito, o grupo de trabalho decidiu quais as prioridades de acção, fazendo uma hierarquização dos problemas com base em critérios bem definidos.

Relativamente à determinação de prioridades, é necessário procurar saber que problemas se devem tentar solucionar em primeiro lugar. (Tavares, 1990:83) Este autor refere ainda que para se proceder a esta selecção, de entre uma lista de problemas identificados, é necessário recorrer-se ao uso de critérios. Após a definição dos problemas prioritários processa-se então à fixação de objectivos.

A escolha destes critérios é sempre subjectiva, pois depende da experiência do próprio planificador. Desta forma, os critérios que considere mais importantes na priorização dos problemas foram a magnitude, caracterizando o problema pela sua dimensão e a vulnerabilidade, correspondendo à possibilidade de prevenção. Segundo Imperatori & Giraldes “o critério da vulnerabilidade é fundamental, dado que o processo de planeamento-programação pretende utilizar os recursos onde produzem maior efeito.” (Imperatori & Giraldes, 1982: 66)

Perante a particular vulnerabilidade a que o idoso está sujeito é primordial conhecer a forma como estes realizam o seu auto-cuidado a fim de podermos adequar os cuidados de Enfermagem às suas necessidades. (Franco & Costa, 2001)

As Necessidades de saúde identificadas através de análise de dados das respostas aos questionários relacionam-se com estilos de vida. Neste contexto considere como principais problemas:

- Ausência da prática de exercício físico por parte dos idosos.
- Presença de patologias, nomeadamente a HTA, diabetes, osteoporose e doenças cardiovasculares e a prática de factores de risco relacionados com estilos de vida, tais como, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco e ingestão frequente de medicação.
- Consideram ter um ambiente seguro revelando assim desconhecimento dos parâmetros considerados para o mesmo.
- Problemas relacionados com o isolamento e depressão na terceira idade.

O facto de considerarmos estes problemas como prioritários deveu-se a que após a análise dos dados obtidos no diagnóstico de saúde, termos percebido que os idosos inquiridos apresentam uma percentagem elevada na sua percepção de QDV e de saúde, mesmo manifestando um valor elevado de patologias, falta de actividade física, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco ou ingestão frequente de medicação.

Desta forma, levantaram-se algumas questões, nomeadamente, se os idosos intervenientes no estudo se encontravam resignados com o processo de envelhecimento, se seriam incapazes de resolver e ultrapassar os seus problemas, ou se apresentavam défice de conhecimentos relativamente às complicações resultantes de patologias e adopção de maus hábitos de vida.

Relativamente ao facto de considerarem ter um ambiente seguro, verificamos que na verdade apresentam um desconhecimento dos parâmetros considerados para o efeito.

Neste contexto, considero que deverá ser feito um maior investimento na área da promoção da saúde e prevenção da doença, para que se possa colmatar estes problemas e necessidades identificados.

A saúde é o recurso específico mais evidente para uma vida com qualidade e por isso, há que preservar as competências físicas e mentais dos idosos de forma a assegurar a sua autonomia e independência.

Neste sentido, torna-se essencial lapidar comportamentos desde cedo. Moniz (2003) refere que “o processo de envelhecimento constrói-se de forma progressiva (...) vai exigindo aprendizagens, adaptações, participações e eventualmente ajudas.”

Como refere Santos (2004), “a finalidade da enfermagem é a promoção da saúde, o cuidar, a prevenção da doença e a sua cura, mostrando a globalidade que a sua boa prática permite”.

Torna-se por tudo isto necessário diagnosticar os problemas inerentes a esta temática de forma a prestar cuidados de forma adequada e eficaz.

### 2.3. FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Com base no diagnóstico e depois de elaboradas as prioridades da acção, o grupo procedeu à fixação dos objectivos. Posteriormente, serão definidas as estratégias que decidirão quais as actividades a realizar.

A fixação de objectivos é a terceira etapa do processo de planeamento em saúde. Segundo Tavares (1990:113) corresponde “aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo”. Os objectivos devem ser precisos, passíveis de

serem atingidos na prática, de âmbito restrito. Tavares (1990:116) refere quatro características de tipo estrutural que devem ser consideradas na formulação dos mesmos: pertinente, preciso, realizável e mensurável. Desta forma, os objectivos devem adequar-se às situações que suscitaram a intervenção, devem conter em si a exactidão do percurso a efectuar e definir o novo estado pretendido, devem ser objectivos realizáveis, ou seja com hipóteses de serem atingidos e por fim devem fornecer a possibilidade de uma correcta avaliação posterior.

Neste contexto, temos como **objectivos gerais**:

- Promover a Qualidade de vida/ Envelhecimento Activo em 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011.
- Dar visibilidade do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na promoção do envelhecimento saudável no idoso, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS e á comunidade onde se inserem, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011.
- Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saude, a avaliação do estado de saude dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS e á comunidade onde se inserem, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011.

Como **objectivos específicos** foram formulados os seguintes:

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter assistido a sessões de educação para a saúde sobre a promoção e adopção de hábitos de vida saudáveis e prevenção de acidentes domésticos.

Até Junho de 2011, deverão ser distribuídas brochuras informativas sobre hábitos de vida saudáveis, a 70% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ser aconselhados sobre formas de praticar exercício físico.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter participado numa aula de ginástica.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, deverão ter participado numa actividade de grupo lúdica que promova a participação social do idoso.

Até Junho de 2011, deverá ser criada a consulta do idoso, nas extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.

Até Junho de 2011, deverão ser apresentados os resultados do diagnóstico de saúde, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco.

Até Junho de 2011, deverá ser dada visibilidade do papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária na promoção do envelhecimento saudável, através da participação e divulgação num evento público ou através do envolvimento dos meios de comunicação locais.

## 2.4. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A selecção de estratégias forma a quarta etapa do processo de planeamento, permitindo escolher um conjunto de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar determinados objectivos. Procura-se com esta etapa compreender qual o procedimento mais correcto, para reduzir os problemas considerados como prioritários e atingir os objectivos fixados. São também formuladas e avaliadas as estratégias alternativas para os vários problemas identificados, tendo por base o modelo de promoção da saúde segundo Nola Pender.

Segundo Bainbridge & Sapirie (1975) citados por Imperatori & Giraldes (1982) um processo de definição de estratégias deve passar por algumas fases:

- Estabelecer os critérios de concepção da estratégia
- Enumerar as modificações necessárias tecnológicas, nas tarefas, em equipamentos, de ordem organizacional...
- Esboçar estratégias potenciais

- Escolher a estratégia a realizar mediante parâmetros
- Descrever a estratégia
- Estimar os custos das estratégias
- Avaliar a adequação de recursos e sua previsão
- Rever as estratégias e os objectivos

Desta forma foram delineadas as segundas estratégias:

- Desenvolver acções de educação para a saúde sobre promoção de hábitos de vida saudáveis: alimentação saudável, benefícios da actividade física, prevenção de quedas e isolamento social.
- Envolver outros profissionais: Fisioterapeuta e professores de Educação Física.
- Articulação intersectorial: ULS de Castelo Branco, creche de Cebolais de Cima, Centro Social de Lardosa, Rádio Beira Interior, Junta de Freguesia de Lourical do Campo e fábrica Danone.

O preferir e utilizar determinadas actividades, meios e estratégias a realizar combinam directamente com os objectivos previamente delineados.

### 2.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL - PROGRAMAÇÃO

Após as etapas atrás referidas, torna-se necessário planear operacionalmente a execução do projecto. Desta forma, foi realizada uma reunião com todos os elementos do grupo para se fazer o levantamento dos recursos, assim como definição das actividades a desenvolver pelo grupo, métodos e técnicas de pesquisa e calendarização das actividades a desenvolver.

A preparação de todas as actividades foi feita em conjunto pelos elementos do grupo de trabalho. Os recursos financeiros utilizados para impressão de convites, brochuras informativas, cartazes de divulgação foram suportados pelos elementos do grupo.

Relativamente ao recurso didactivo – projector, foi cedido pela ULS de Castelo Branco.

Inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões e programa de radio. Esta pesquisa é de extrema importância pois consiste em analisar o que foi escrito sobre os temas em estudo e ao fazê-lo pretendemos clarificar o conhecimento existente sobre os assuntos e fundamentar a pertinência dos mesmos deixando claro como se inserem na área de conhecimento. Após recolha da informação relativa aos temas a abordar foram elaborados:

- Convites para as sessões
- Cartazes de divulgação das sessões de educação para a saúde
- Diapositivos para apresentação nas sessões de educação para a saúde através de software power point.
- Diapositivos para apresentação na sessão de divulgação dos resultados do estudo em Louriçal do Campo através de software power point.
- Brochuras informativas sobre os temas a abordar
- Contéudo informativo para programa de rádio

Foram feitos contactos e pedidos intersectoriais para realização das actividades, nomeadamente:

- Reunião com a directora do Infantário de Cebolais de Cima para autorizar a realização da aula de educação física no mesmo, assim como a participação das crianças. O convite para a aula foi feito com a colaboração do infantário, que os entregou às crianças e avós.
- Contacto á Junta de freguesia de Cebolais de Cima para pedido do espaço onde foi realizada sessão de educação para a saúde - casa do povo de Cebolais de Cima.
- Contacto á Junta de freguesia de Lardosa para pedido do espaço onde foi realizada sessão de educação para a saúde – Centro Social e Paroquial dos Amigos da Lardosa
- Reunião com o Sr. Enfermeiro responsável pelo Programa de Radio da Beira Interior “ A Saúde em Questão”, para discutir conteúdos tematicos a abordar no programa, data, local e duração do programa.
- Contacto com a Danone para possível cedência de iogurtes para distribuir no final das sessões de educação para a saúde.
- Contacto através de requerimento e pessoalmente ao Sr. Enfermeiro Director para implementação da consulta do idoso.
- Reunião com a responsável pelo “Encontro Intergeracional – Louriçal do Campo”, para participação e divulgação do nosso estudo na mesma.
- Contacto com Fisioterapeuta e professores de Educação Física para participação nas sessões de educação para a saúde e aula de educação física.

Desta forma, as actividades desenvolvidas foram as seguintes:

- **Aula de educação física no infantário de Cebolais de Cima**

De modo a incentivar os idosos a introduzirem actividade física na sua vida diária a primeira das actividades realizadas pelo meu grupo de trabalho foi uma aula de aeróbica no infantário de Cebolais de Cima, no dia 18 de Maio de 2011. Foi enviado um convite aos avós através dos seus netos. (Apêndice XLIV)

Nesta aula, participaram dois professores de educação física, as cinco enfermeiras do projecto, assim como 30 crianças da instituição e 10 idosos. Foram realizados exercícios de alongamento e aquecimento, seguidos de uma pequena coreografia.

A aula teve como objectivo o investimento nas relações inter-geracionais de modo a colmatar o isolamento que alguns idosos do nosso estudo tinham revelado, socializando-os com outros idosos e com os netos, esta actividade também veio ajudar na inactividade, um valor representativo da nossa amostra de modo a estimular as capacidades cognitivas, mantendo também um estilo de vida saudável e contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida.

Considerámos esta actividade muito proveitosa e um enorme sucesso, pois todos os intervenientes se mostraram muito participativos, enérgicos e alegres. (Apêndice XLV) Pretendeu-se assim, desenvolver o exercício físico e o convívio entre gerações, como factores intervenientes na qualidade de vida do idoso.

No final da aula foram entregues brochuras informativas sobre actividade física e alimentação saudável na terceira idade. (Apêndice LVI e LVII)

- **Sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas em Cebolais de Cima**

Também com as mesmas intenções que a sessão anterior, foi efectuada uma sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas. (Apêndice XLVIII)

A sessão de educação para a saúde foi realizada pelas enfermeiras do projecto e foi feita através da projecção de diapositivos sobre os temas. (Apêndice XLIX)

A sessão de educação para a saúde teve também uma parte prática, onde houve a participação de uma fisioterapeuta, a qual considerámos muito importante, pois os idosos puderam observar, aprender e praticar alguns exercícios físicos adequados á sua idade e capacidade física.

No final da sessão foram distribuídos iogurtes pelos idosos, fornecidos pela Danone. Esta distribuição foi utilizada também para incentivar o consumo de alimentos saudáveis, nomeadamente a ingestão de cálcio para a prevenção de quedas. Foram também entregues brochuras informativas sobre os temas abordados na mesma. (Apêndice XLVI, XLVII e L)

Esta sessão foi realizada no dia 18 de Maio de 2011 e estiveram presentes 33 idosos, dos quais 27 do sexo feminino e 6 do sexo masculino.

A avaliação da sessão foi feita através da entrega de um questionário de avaliação/satisfação onde a maioria dos idosos responderam Bom e Muito Bom. (Apêndice LI)

- **Sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas na Lardosa**

Foi realizada outra sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas. (Apêndice LII) As sessões de educação para a saúde foram realizadas pelas enfermeiras do projecto e por uma fisioterapeuta.

A sessão teve como objectivo sensibilizar os idosos, de forma a que haja uma mudança de comportamentos e de atitudes, relativamente a maus hábitos de vida e há pouca actividade física. Foi feita através da projecção de diapositivos sobre os temas (Apêndice XLIX) e uma parte prática, a qual consideramos muito importante, pois os idosos puderam observar, aprender e praticar alguns exercícios físicos adequados á sua idade e capacidade física.

Para além da participação dos idosos, na sessão de educação para a saúde realizada na Lardosa, tiveram ainda presentes crianças que frequentam o Centro Social da Lardosa. A participação das crianças foi utilizada para promover o convívio inter-geracional e prevenir desta forma o isolamento do idoso. Os idosos foram incentivados a praticar exercícios simples como pequenas caminhadas, feitas a passear com o neto ou a ir buscá-lo ao infantário, de forma a enfatizar a importância do exercício físico e interacção social do idoso.

No final da sessão foram distribuídos iogurtes pelos idosos e crianças, fornecidos pela Danone, no sentido de incentivar o consumo de alimentos saudáveis, nomeadamente cálcio, de modo a poder prevenir algumas quedas.

Foram também entregues brochuras informativas sobre os temas abordados na mesma. (Apêndice XLVI, XLVII e L)

Esta sessão foi realizada no dia 30 de Maio de 2011 e tiveram presentes 65 pessoas, 42 idosos dos quais apenas 2 eram do sexo masculino e 23 crianças.

A avaliação da sessão foi feita através da entrega de um questionário de avaliação/satisfação onde a maioria dos idosos responderam Bom e Muito Bom. (Apêndice LI)



- **Participação no programa de rádio local “Saúde em Questão” na Rádio Beira interior**

Um dos objectivos ao qual nos propusemos foi dar visibilidade á profissão de enfermagem e dar a conhecer o projecto realizado á comunidade envolvida. Uma das actividades desenvolvidas foi a participação num programa de rádio local “Saúde em Questão” na Rádio Beira Interior.

Adoptamos como estratégia o envolvimento dos meios de comunicação, pois consideramos, assim como Hallam citado por Kemmeretal. (2007:192) que “a imagem de um grupo profissional ou profissão representada pelos meios de comunicação é frequentemente entendida como uma medida significativa do social e valor económico desse grupo”. Através desta actividade demos a conhecer o projecto “Qualidade de Vida/ Envelhecimento Activo”, promovemos o papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária e a adopção de hábitos de vida saudáveis na população idosa e restante.

Esta actividade foi desenvolvida pelas enfermeiras do projecto e pelo enfermeiro que nos entrevistou. A gravação do programa foi feita no seguimento da sessão de educação para a saúde desenvolvida na Lardosa, no dia 30 de Maio de 2011. Este programa foi emitido no dia 7 de Junho de 2011, às 19 horas e no 12 de Junho às 10 horas da manhã na Rádio Beira Interior “Saúde em Questão” (92.0 FM) (Apêndice LII)

- **Participação no evento 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade “Entre - Gerações” na Freguesia do Louriçal do Campo**

Para ajudar a combater o isolamento social, surgiu mais um evento onde o nosso grupo de trabalho esteve presente, 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade “Entre - Gerações” na Freguesia do Louriçal do Campo. A criação de um espaço cultural e lúdico nesta Freguesia que contribua para a sua animação e dinamização, foi fomentada de forma pedagógica a partilha, o conceito de comunidade e o empreendedorismo; a troca de conhecimentos entre gerações e dinamização de gentes e saberes, o promover socialmente e culturalmente a região intensificando estratégias de comunicação, formação e informação, valorizando a cultura da região, através da preservação do património local. Foi um afirmar a identidade regional e dar de certo modo visibilidade à nossa profissão. Conseguindo assim atingir o objectivo a que nos tínhamos proposto.

A actividade foi publicitada através do cartaz de divulgação do evento (Apêndice LIV) e através do facebook.

Esta actividade foi desenvolvida pelas enfermeiras do projecto e com colaboração da Junta de Freguesia de Louriçal do Campo no dia 4 de Junho de 2011.

A divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, foi feita através de uma palestra efectuada na biblioteca do Louriçal, situada no mesmo recinto onde foi realizado o encontro. (Apêndice LV e LVI)

A participação no encontro foi feita também através de um expositor, onde foram afixados cartazes alusivos à enfermagem. Foram igualmente distribuídas brochuras informativas relacionadas com hábitos de vida saudáveis. (Apêndice XLVI, XLVII e L)

### **Actividades propostas e não concluídas:**

Em Castelo Branco pensou-se apresentar o nosso diagnóstico ao Enfermeiro Director, no entanto devido à escassez do tempo e à imensa burocracia que esta sessão acarretava.

Para além das actividades desenvolvidas referenciadas anteriormente, foram ainda propostas outras actividades que até ao momento não foram concluídas.

Relativamente à consulta do idoso, foi enviado requerimento ao Sr. Enfermeiro Director ao qual não obtivemos resposta por escrito. Posteriormente foi feito novo contacto, mas pessoalmente ao Sr. Enfermeiro Director, através do qual nos foi dado um parecer positivo. No término deste relatório a consulta encontra-se ainda em fase de elaboração de projecto.

## **2.6. AVALIAÇÃO**

No fim de todo este processo entrou-se na fase da avaliação. Todo o grupo de trabalho teve que ver o que funcionou ou o que falhou em todo o processo, e se necessário, terá de se voltar ao início do planeamento.

Chianca et al. (2001) citada por Prata (2007) fornece uma definição muito adequada, onde descreve avaliação como “a colheita sistemática de informações sobre as acções, as características e os resultados de um programa ou projecto, juntamente com a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios para determinar o valor, a qualidade, a utilidade, a efectividade e a importância do programa.” Todos estes critérios são avaliados em relação aos critérios determinados previamente, desenvolvendo recomendações para melhorar o programa ou projecto.

Os indicadores de impacto ou resultado, que medem o estado de saúde não foram definidos porque só se conseguem medir a médio e longo prazo.

A finalidade deste estágio foi contribuir para a promoção da Qualidade de Vida/ Envelhecimento Activo em 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011.

As várias actividades que foram desenvolvidas tiveram sempre em conta esta finalidade. Para além de actuarmos junto dos idosos, foi também de extrema importância contar com a participação activa de toda a comunidade educativa em especial as professoras e as auxiliares de educação do infantário de Cebolais de Cima, assim como a participação de professores de educação física e fisioterapeuta convidados.

Não menos importante foi também a participação das próprias crianças do infantário, muitos deles netos dos nossos idosos.

Foi com base no modelo de promoção da saúde de Nola Pender (2011) sobre as intervenções para promover mudanças comportamentais e em todo o seu modelo de promoção de saúde que delinee as estratégias após a realização do diagnóstico de situação. Estas actividades foram no sentido de capacitar os idosos a utilizarem os recursos individuais e colectivos existentes de modo a dar resposta aos problemas.

Quanto aos indicadores de avaliação que defini, dos 1100 idosos da população de indivíduos com 65 ou mais anos dos ficheiros seleccionados, os 30% que me tinha proposto atingir, no sentido de terem de responder ao questionário inicial não foram atingidos, pois dessa totalidade, apenas 255 idosos (23,1%) responderam ao questionário.

Relativamente ao questionário de satisfação das sessões de educação para a saúde, onde pretendia que 80% dos questionários preenchidos fosse com grau de satisfação Bom, esse sim foi atingido. Dos 105 idosos (100%) que participaram nas sessões de educação para a saúde, apenas 1 idoso (0,9%) referiu serem suficientes as nossas sessões.

Assim, consoante os objectivos e actividades que nos propusemos, foi feita a seguinte avaliação:

- **Aula de educação física no infantário de Cebolais de cima**

A avaliação feita a esta actividade deu-se através de um questionário de satisfação (Apêndice LI) aos 30 idosos que nela participaram. 9 idosos (30%) responderam que a avaliação geral da sessão de educação foi boa e os restantes 21 idosos (70%) responderam que foi muito boa.

Quanto à pertinência dos temas abordados, 10 idosos (33%) responderam que foi boa, e 19 idosos (63%) responderam que foram muito bem abordados, houve apenas 1 idoso (3%) que considerou a abordagem dos temas suficiente.

Relativamente à utilidade dos conteúdos abordados na sua vida diária, 22 idosos (73%) responderam que têm uma boa utilidade e 8 idosos (27%) responderam que têm muito boa utilidade.

Sendo que três dos objectivos que pretendia atingir era que até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, participassem numa aula de ginástica, outros 10%, até final do mesmo ano tivessem participado numa actividade de grupo lúdica que promovesse a participação social do idoso, e por último até Junho de 2011, distribuir brochuras informativas sobre hábitos de vida saudáveis, a 70% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, pelos resultados obtidos nos questionários de presença e satisfação foram distribuídos 105 brochuras, pois foi este o número total dos participantes, não conseguimos mensurar o número de brochuras informativas distribuídas no evento 1º Encontro de Economia Social e Solidariendade "Entre-Gerações" na Freguesia do Lourçal do Campo, mas foram com certeza outros tantos ou mais, logo o nosso objectivo foi atingido.

- **Sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas em Cebolais de Cima**

A avaliação feita a esta actividade deu-se através de um questionário de satisfação (Apêndice LI) aos 33 idosos que nela participaram. 15 idosos (45%) responderam que a avaliação geral da sessão de educação foi boa e os restantes 18 idosos (55%) responderam que foi muito boa.

Quanto à pertinência dos temas abordados, 13 idosos (39%) responderam que foi boa, e 20 idosos (61%) responderam que foram muito bem abordados.

Relativamente à utilidade dos conteúdos abordados na sua vida diária, 10 idosos (30%) responderam que têm uma boa utilidade e 23 idosos (70%) responderam que têm muito boa utilidade.

Assim os objectivos a que me tinha proposto foram atingidos, isto é;

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, foram aconselhados sobre formas de praticar exercício físico;

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, assistiram a sessões de educação para a saúde sobre promoção e adopção de hábitos de vida saudáveis e prevenção de acidentes domésticos;

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, participaram numa actividade de grupo lúdica que promovesse a participação social do idoso e que, até Junho de 2011, fossem distribuídas brochuras informativas sobre hábitos de vida saudáveis, a 70% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.

- **Sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas na Lardosa**

A avaliação feita a esta actividade deu-se através de um questionário de satisfação (Apêndice LI) aos 42 idosos que nela participaram. 14 idosos (33%) responderam que a avaliação geral da sessão de educação foi boa e os restantes 28 idosos (67%) responderam que foi muito boa.

Quanto à pertinência dos temas abordados, 16 idosos (38%) responderam que foi boa, e 26 idosos (62%) responderam que foram muito bem abordados. Relativamente à utilidade dos conteúdos abordados na sua vida diária, 20 idosos (48%) responderam que têm uma boa utilidade e 22 idosos (52%) responderam que têm muito boa utilidade.

Desta forma os objectivos a que me tinha proposto foram atingidos, ou seja;

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, assistiram a sessões de educação para a saúde sobre promoção e adopção de hábitos de vida saudáveis e prevenção de acidentes domésticos;

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, foram aconselhados sobre formas de praticar exercício físico;

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, participaram numa actividade de grupo lúdica que promoveu a participação social do idoso e,

Até Junho de 2011, foram distribuídas brochuras informativas sobre hábitos de vida saudáveis, a 70% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.

- **Participação no programa de rádio local “Saúde em Questão” na Rádio Beira Interior**
- **Participação no evento 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade “Entre - Gerações” na Freguesia do Louriçal do Campo**

Relativamente ao segundo objectivo geral que me tinha proposto, “Dar visibilidade ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Promoção do Envelhecimento Saudável no Idoso, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS e á comunidade onde se inserem, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011, através da participação e divulgação num evento público ou através do envolvimento dos meios de comunicação locais,” com as participações atrás mencionadas pretendia exactamente isso, pelo que foi conseguido, embora fosse de difícil mensuração, o número de pessoas que ouviu o programa de rádio “Saúde em Questão” e as que estiveram presentes no 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade “Entre-Gerações” foram prova disso mesmo.

O objectivo de serem apresentados os resultados do diagnóstico de saúde, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco até Junho de 2011 foi parcialmente atingido, ficando em falata a apresentação dos resultados aos idosos do ficheiro clinico da UCSP2 da ULS de Castelo Branco.

Determinamos assim que o planeamento estratégico em saúde é um método que permite intervir em múltiplos contextos, tornando acessível os cuidados de saúde eficazes e continuados, favorecendo a proximidade e envolvimento das comunidades propondo o seu empoderamento e capacitação, enquanto qualidades indispensáveis aos métodos de tomada de decisão e ao exercício de cidadania, compreendendo os grupos vulneráveis, provenientes de diferentes contextos e valorizando a dimensão que resulta da multiculturalidade. (OE, 2011)

Esperamos que toda a comunidade tenha ficado informada para o que é envelhecer activamente, com qualidade de vida através da Participação no programa de rádio local “Saúde em Questão” na Rádio Beira Interior e com a Participação no evento 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade “Entre - Gerações” na Freguesia do Louriçal do Campo.

No entanto, não chega transmitir conhecimentos sobre hábitos de vida saudável, é preciso haver um envolvimento de toda a comunidade. Mudar hábitos adquiridos é muito

difícil e o próprio idoso tem de se sentir motivado e considerar que os benefícios são vantajosos.

Nola Pender (2011) afirma que existem processos complexos a nível biológico, psicológico e social que motivam os indivíduos a adquirirem comportamentos orientados de modo a melhorar a saúde. Quanto maior o compromisso com um plano de acção específico, maior a probabilidade de se manterem comportamentos de promoção da saúde ao longo do tempo.

Como resultados destas intervenções, constatámos que houve alguma adesão e na sua maioria todos se mostraram muito satisfeitos com estas actividades. Relativamente às brochuras informativas os idosos referiram que estas foram adequadas e com conteúdos pertinentes e úteis para alcançarem hábitos de vida saudáveis.

É necessário haver continuidade neste tipo de intervenções e perceber quais as causas que interferem nas mudanças dos comportamentos. Repensar novas estratégias e actividades e perceber quais as maiores dificuldades destes idosos em melhorarem os hábitos de vida saudáveis no sentido de atingirem a máxima qualidade de vida.

Pensamos ter contribuído com estas actividades para elucidar os idosos que nelas participaram sobre a problemática de uma má alimentação, da falta de exercício físico, das causas que os acidentes domésticos podem provocar, o que irá certamente influenciar a restante comunidade e melhorar a saúde desta.

Parece na verdade ser mais fácil e mais económico ensinar e implementar, o mais cedo possível, hábitos de vida saudáveis do que mudar os já estabelecidos, no entanto, de modo a verificar ganhos em saúde, uma das recomendações é voltar a realizar o diagnóstico de situação à mesma população em Junho de 2012 e comparar com os dados deste trabalho.

A nível de objectivos pessoais este estágio contribuiu para desenvolver competências como enfermeira especialista de saúde comunitária, pois estabeleci de uma forma autónoma com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade e contribuí para o processo de capacitação dos idosos de modo a adquirirem hábitos de vida mais saudáveis. No entanto, pretendo que haja continuidade deste trabalho e que se proceda à avaliação de ganhos em saúde daqui a um ano.

### 3. CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade no nosso país, assim como em todo o mundo. Segundo Gonçalves & Carrilho (2004), o envelhecimento demográfico é um fenómeno à escala mundial, sendo até considerado o fenómeno mais relevante de séc. XXI quer pelas suas implicações na esfera sócio económica, quer nas modificações que se reflectem a nível individual ou em novos estilos de vida.

O Enfermeiro como elemento fundamental de ligação entre os idosos, a família e a comunidade, assume um papel importante na promoção da autonomia e auto-cuidado do idoso, ao enfatizar as suas capacidades e potencialidades.

Tendo em conta que nos estamos a debruçar sobre o conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde, segundo Naughton & Shumaker (2003) citados por Canavarro (2010), este deverá comportar dimensões primárias, que dizem respeito ao funcionamento físico, social e psicológico do indivíduo e à sua satisfação com a vida e percepção de saúde; e dimensões secundárias que devem incluir o funcionamento neuropsicológico, a produtividade pessoal, a intimidade e o funcionamento sexual, a qualidade do sono, a dor, a presença/ausência de sintomas e a espiritualidade.

No que diz respeito à percepção de saúde, de um modo geral os idosos consideram-se satisfeitos. Sendo esta classificação mais representativa no intervalo de idades dos [65,75[ anos e no sexo feminino. São os idosos com 85 e mais anos que se consideram mais insatisfeitos com a sua saúde ou seja, têm uma pior percepção de saúde.

Os factores que mais influenciam a satisfação/percepção de saúde foram:

- a idade;
- o nível de escolaridade;
- o local onde vive;
- o facto de tomar com frequência medicação para as dores;
- o facto de ter necessidade de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária;
- ter dinheiro;
- a mobilidade;
- o nível de satisfação com a vida;
- a capacidade para o desempenho das AVD;



- grau de dependência do idoso.

Os idosos que avaliam como boa, a percepção da qualidade de vida são mais representativos no intervalo de idades [65,75] e vão diminuindo ao longo da faixa etária, assim quanto mais idosos, mais insatisfeitos com a sua QDV se encontram.

Analisando a percepção de QDV e relacionando-a com o sexo, verificamos que foram, essencialmente, os idosos do sexo feminino que referiram uma má percepção da qualidade de vida, não existindo, no entanto, evidência estatística, para considerar estas variáveis relacionadas.

Percebemos então que os nossos idosos apresentam uma percepção de qualidade de vida e de saúde, acima daqueles encontrados em alguns estudos portugueses e europeus, manifestam uma percentagem elevada na sua percepção de saúde e de qualidade de vida ainda que apresentem um valor elevado na presença de patologias e consideram ter um ambiente seguro revelando assim desconhecimento dos parâmetros considerados para o efeito.

Ao longo do estágio consegui identificar as necessidades gerais de saúde da comunidade que decidi estudar, através do questionário aplicado. Um dos principais problemas identificados no nosso projecto foi a falta de actividade física, onde 78,8% dos idosos referem não fazer exercício físico.

Para um envelhecimento saudável, é importante melhorar e manter a qualidade de vida e a independência, podendo a actividade física acarretar inúmeros benefícios, ainda que a sua prática se inicie em idade avançada.

Outro dos problemas identificados, foi uma alimentação pouco saudável perante os problemas de saúde já existentes.

O número de idosos que sofrem de Hipertensão Arterial, Osteoporose, Problemas Cardiovasculares e de Diabetes, assim como as que referem tomar medicamentos para as dores necessita ser tida em conta.

Uma boa alimentação é importante em qualquer etapa da vida, na medida em que, os nutrientes provenientes dos alimentos promovem o fortalecimento e manutenção dos ossos e músculos, fornecendo energia ao corpo.

O terceiro problema encontrado estava relacionado com o ter ou não, um ambiente saudável que lhe permitisse evitar as quedas e facilitasse as suas actividades de vida diária.

No nosso estudo a solidão foi considerada como um dos factores que interfere na qualidade de vida dos idosos, podemos verificar que na nossa amostra os idosos que mais frequentemente têm sentimentos negativos como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão, avaliaram a sua qualidade de vida como 'muito má' ou 'má'.

Assim, o quarto problema encontrado, e não menos importante foi o número de idosos que referem ter sentido sentimentos negativos, sendo o sexo feminino o que mais refere

esta sintomatologia. Constatámos também que muitos dos idosos vive sozinho.

A finalidade deste estágio foi sempre: Promover a Qualidade de Vida/ Envelhecimento Activo em 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011 e Dar visibilidade do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na promoção do envelhecimento saudável no idoso, aos idosos com mais de 65 anos, e á comunidade onde se inserem, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011.

Foram transmitidos conhecimentos aos idosos através de brochuras informativas e oferecidos iogurtes no final das sessões realizadas no sentido de começar o mais cedo possível a adoptar no seu estilo de vida alimentos saudáveis.

Foram também realizadas sessões de educação para a saúde com o apoio de uma fisioterapeuta para aconselhar e incentivar os idosos a praticar pequenos exercícios físicos no seu dia-a-dia sempre com o intuito de um envelhecimento mais saudável e para uma melhor qualidade de vida.

O modelo de promoção de saúde contribui com uma solução de enfermagem para a política de saúde e para a reforma dos cuidados de saúde fornecendo assim um meio para compreender como os intervenientes podem ser motivados a atingir a saúde pessoal.

Quando apresentações positivas estão associadas a um comportamento, a probabilidade de compromisso e a acção aumentam. Foi neste sentido que foi organizada uma aula de educação física entre avós e netos, onde se constatou que os idosos gostam de inter-agir e socializar com outras pessoas, e até praticam exercícios que nunca tinham pensado em conseguir fazê-lo.

Consideramos também que o envelhecimento saudável está directamente dependente do equilíbrio entre o declínio natural intrínseco ao processo de envelhecimento e a obtenção/realização dos diversos objectivos que o idoso deseja.

A nível de objectivos pessoais este estágio permitiu desenvolver a capacidade de reflexão sobre a aprendizagem desenvolvida, contribuiu para desenvolver competências como enfermeira especialista de saúde comunitária, estabelecendo de uma forma autónoma com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade, participar no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção, contribuiu para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário em consecução dos objectivos do PNS, analisar e reflectir sobre os objectivos pessoais e actividades desenvolvidas durante o estágio, assim como contribuir e complementar a avaliação do estágio em Enfermagem em Saúde Comunitária.

#### 4. BIBLIOGRAFIA

- ACSM - American College of Sports Medicine (2000). Guidelines for exercise Testing and Prescription; 4 ed. Baltimore: Williams & Wilkins
- Affonso C.V. & Sonata J.G. (2007). *Hábitos Alimentares e Prevenção de Doenças*. Consultado a 12.01.12 em [http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/alimen\\_saudavel\\_ql\\_a\\_f/alimen\\_saudavel/alimen\\_saudavel\\_cap8.pdf](http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/alimen_saudavel_ql_a_f/alimen_saudavel/alimen_saudavel_cap8.pdf)
- Alvares, L.M., Lima, R.C., & Silva, R.A. (2010) - *Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas*, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.26, nº1 p.31-40.
- Araújo, M. F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A.; Martins, T. (2009). *Quedas: Um Foco Obrigatório da Atenção de Enfermagem na População Idosa*. Consultado a 26.11.2011 ISBN: 978-989-96103-0-9 Edição: Porto: ESEP [http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F414716503/Livro%20Sa%FAde%20e%20Qualidade%20de%20Vida.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F414716503/Livro%20Sa%FAde%20e%20Qualidade%20de%20Vida.pdf)
- Basto, M. L., (2000). *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende.
- Bass, S.; Pearce, G.; Bradney, M. (1998). *Exercise before may confer residual benefits in bone density in adulthood: studies in active prepubertal and retired female gymnasts*. *Journal of Bone and Mineral Research*, 13(3), 500-507
- Bones, V. M.; Guimarães, N. K.; Resende, M. C.; Souza, I. S. (2006). *Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos*. Consultado a 10.1.2012 em <http://www.psicolatina.org/cinco/rede.html>.
- Buss, P. (2010). *Saúde, sociedade e qualidade de vida*. In *Reviver espaço*. Consultado a 21.12.2010 em <http://reviverespaco.blogspot.com/2010/12/saude-sociedade-e-qualidade-de-vida.html>
- Canavarro, M.C. (2010) *Qualidade de vida: Significados e Níveis de Análise*. In Canavarro, M.C. & Serra, A.V. (2010). *Qualidade de vida e saúde. Uma abordagem na perspectiva da OMS*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carrilho, M.J. & Patrício, L. (2009) - *A Situação Demográfica Recente em Portugal*. *Revista Estudos Demográficos* n.º 48, INE, I, P. Lisboa.

- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.24-7.
- Costa, E. (1998). Gerontodrama: a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. São Paulo, Agora.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. *Código Deontológico do Enfermeiro*
- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, *Carreira de Enfermagem*, Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009
- Figueiredo, L. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: 2.ª edição : Universidade Católica Portuguesa.
- Franco, I., & Costa, L. (2001). Níveis de dependência dos idosos. *Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, nº 161. 21-25
- Geis, P. P. & Rubí, M. C. (2003). *Terceira Idade - Actividades Criativas e Recursos Práticos*, São Paulo, Artmed.
- Gonçalves, C. & Carrilho, M.J. (2004) *Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: Análise Exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001*. Revista de estudos demográficos. Nº 36. Lisboa. INE
- Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação*. 2ª edição, Loures: Lusociência.
- Hortelão A. (2004). *Envelhecimento e qualidade de vida*. Revista Servir, (Vol. 52, nº3), 119-131.
- Imaginario, C. (2004). *Idoso dependente: em contexto familiar*. Coimbra: Farmasau.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R., (1982) – *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras Avulsas. Lisboa
- INE, (2002) *Censos 2001-Resultados Definitivos*. Editor: INE
- INE, (2009), *Instituto Nacional de Estatística*. Consultado a 10.02.2011 em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Instituto de Segurança Social [ISS] (2010). *Guia Prático: Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas*. Lisboa: Segurança Social. Consultado a 14 de Dezembro de 2010 em [http://www1.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=22899&m=PDF](http://www1.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=22899&m=PDF)
- Júnior, J. (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Brasília/DP: Impresso no Brasil - Organização Pan-Americana da Saúde.
- KemmerL.F., Silva M. J. P. (2007). *A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação*. In Rev. Latino-Americana de Enfermagem vol.15 no.2 Mar/Apr. (p.191-198). ISSN 0104-1169. Consultado a 21.1.2012 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a02.pdf>

- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde. Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta ISBN 978-989-8075-09-3.
- Machado, N. J., (2000). *Educação: Projectos e valores*. São Paulo: Escrituras Editora. Pag.6
- Machado, M.M.P., (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Consultado a 16.12.2011 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Adesão%20ao%20Regime%20Terapêutico%20-%20Representações%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>
- Nascimento N.M. (2011). A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção de saúde de Nola Pender. Consultado a 16.12.2011 em [http://www.bdt.d.uerj.br/tde\\_arquivos/20/TDE-2011-05-27T115741Z-1420/Publico/DISSERTACAO\\_FINAL\\_Natalia\\_Magalhaes\\_do\\_Nascimento.pdf](http://www.bdt.d.uerj.br/tde_arquivos/20/TDE-2011-05-27T115741Z-1420/Publico/DISSERTACAO_FINAL_Natalia_Magalhaes_do_Nascimento.pdf)
- Manso, J. & Simões, N. (2007). *Os Municípios e a Qualidade de Vida em Portugal: Proposta Metodológica com vista á sua Mensuração e Ordenação*. In Observatório para o desenvolvimento. Consultado a 20.12.2010 em [http://www.dge.ubi.pt/pmanso/qualid\\_vida\\_pmanso\\_nuno.pdf](http://www.dge.ubi.pt/pmanso/qualid_vida_pmanso_nuno.pdf)
- Mariz, M.E.A. (2007). + 60 em Cena. Consultado a 2.02.2011 em <http://www.pucsp.br/ponto-e-virgula/n2/artigos/09-mariaelisa.htm>
- Moniz, J.M.N., (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência
- Neto, A.M.S (2006). *As Actividades Físicas E O Processo De Envelhecimento Humano*. Consultado a 28.1.2012 em <http://grandeidade.blogspot.com/2006/06/as-actividades-fsicas-e-o-processo-de.html>
- Neto D.S. (2006). *Efeitos dos exercícios resistidos sobre as actividades da vida diária em idosos: revisão bibliográfica*. Consultado a 13.2.2012 em <http://danielsimonn.com.br/artigos/TCC.pdf>
- Neto, F. (1992). *Solidão, Embaraço e Amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Vol. II. Lisboa: Universidade Aberta
- Netto, M.P. & Ponte, J.R. (2000). *Envelhecimento: desafio na transição do século*. In M.P. Netto (Eds), *Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp.3-12). São Paulo: Editora Atheneu.
- Neves L.F. & Chen R.S . (2002). *Saúde da Pessoa com Deficiência*. Consultado a 13.1.2012 em [http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/deficiencia/0010/Saude\\_idoso\\_com\\_deficiencia.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/deficiencia/0010/Saude_idoso_com_deficiencia.pdf)

- OMS (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, Rússia: OMS.
- OMS, (1986). *Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública - Carta de Ottawa*. Ottawa.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1998). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL), Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Consultado a 3.3.2011 em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002) - *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Consultado a 21.12.2010 em [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros, (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais- Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº10. 2003.
- Ordem dos Enfermeiros, (2011). “Os Enfermeiros e...O Planeamento em Saúde”: Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária -ESEnf.PD. Consultado a 1.02.2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>
- Paschoal, S. (1996). *Qualidade de vida na velhice*. In Portal do Envelhecimento. Consultado a 20.12.2010 em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/pforum/eqvspp4.htm>
- Paschoal, S. (2002). Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, L. Py, A. Neri, F. Cançado, M. Gorzoni& S. Rocha (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 79-84). Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan.
- Paúl, C., Fonseca A.M. (2005). *Envelhecerem Portugal*. Lisboa: Climepsi
- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. A. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6a ed. New Jersey: Pearson Education, Inc. 2011. ISBN-10:0-13- 509721-5.
- Pordata, (2010). Base de dados de Portugal Contemporâneo. [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)
- PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde (2001). GUIAS DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE *Programa de actividades de prevenção e promoção da saúde*. Barcelona : PAPPS.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004a). *Plano nacional de saúde 2004/2010: Volume I –Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de Julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria - Actividade física para manter a independência*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;



- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecimento Saudável*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria – Alimentar-se melhor para manter a sua saúde e independência*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- Prata A.C.A.C. (2007). *Metodologia De Avaliação Das Acções Sociais*. Consultado a 23.1.2012 em <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/29014/LSBRSR182AnaCarolinaAiresCerreiraPrata.pdf>
- Rebelatto, J.R. & Morelli, J.G.S. (2004). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole.
- Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011
- Rocha, A., Rodrigues, M., Coutinho, A. L. & Monteiro, C. (2002). Qualidade de Vida do Idoso: Área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras. *Revista Sinais Vitais*, 43, 47-50.
- Santos A., (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos doentes e cuidadores*. Universidade do Porto, Pag. 47
- Sakraida, T. J. (2004). *Modelo de Promoção da Saúde*. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 699-715). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serra, A.V. (2010) *Qualidade de Vida e Saúde*. In Canavarro, M.C. & Serra, A.V. (2010). *Qualidade de vida e saúde. Uma abordagem na perspectiva da OMS*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Silva, S. & Serrão, C. (2009, Junho-Dezembro). *Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida*. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea* (Ano III – volume 3, número 1), 26-31.
- Sinaki, M. (1989). *Exercise and Physical Therapy*. In Riggs B. L. e Melton I.J. (eds) *Osteoporosis: Etiology, and Management*. New York: RavenPress
- Sousa, L.; Galante H. & Figueiredo D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364 – 371.

- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Stanhope, & Lancaster. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.
- Takahashi, S.R.S. (2004). *Benefícios da atividade física na melhoria da idade* In Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 74 - Julio. Consultado a 18.2.2012 em <http://www.efdeportes.com/efd74/idade.htm>
- Tavares, A., (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Cadernos de formação nº2, Pag. 210, 211
- Teixeira I. & Neri A. (2008). *Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida*. Inscielo. Consultado a 22.12.2010 em <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n1/v19n1a10.pdf>
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5a edição. Lusociência: Loures, 2002. ISBN 972-8383-74-6.
- Veríssimo, M. T. (2001). *Exercício físico e envelhecimento*. In: A. Pinto (Ed.), *Envelhecer vivendo*, pp. 123-141. Quarteto Editora, Coimbra
- WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO *Global report on falls prevention in older age*. Genebra: WHO, (2007) Consultado a 5.1.2012 em [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)



# APÊNDICES

# APÊNDICE I

(Projecto de Estágio)



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

Prof. Doutor Mário Martins

## **PROJECTO DE ESTÁGIO**

Sónia Catana

**Fevereiro**

**2011**

**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

Prof. Doutor Mário Martins

**PROJECTO DE ESTÁGIO**

Sónia Catana

**Fevereiro**

**2011**

## **Abreviaturas**

DGS-Direcção Geral de Saúde

INE-Instituto Nacional de Estatística

OMS-Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

WHOQOL-BREF - World Health Organization instrument to evaluate quality of life Bref

WHOQOL-OLD - Health Organization instrument to evaluate quality of life the Old

## Índice

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>1 JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>4 PLANO DE TRABALHOS.....</b>	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária foi-me solicitada a elaboração de um Projecto de Estágio, de modo a proporcionar o desenvolvimento e aquisição de competências na área da Enfermagem Comunitária e a servir de elemento orientador do percurso do mesmo.

Podemos afirmar que um projecto de estágio deverá desenvolver competências ao nível dos conhecimentos teóricos adquiridos e aprofundados ao longo dos dois semestres decorridos deste curso, das capacidades (habilidades) e da prática (comportamentos) com a finalidade de aperfeiçoar e construir competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Neste sentido Barbier (In: Machado, 2000) salienta: “ (...) o projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma idéia; é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma idéia a transformar em acto” (Machado, 2000:6)

Assim, a minha intervenção irá direccionar-se aos idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, da Lardosa e de um ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] 2 de Castelo Branco.

O estágio está previsto para o período compreendido entre 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011, ira incidir na área da promoção do Envelhecimento Saudável/ Qualidade de Vida do Idoso e terminará com a elaboração do relatório do mesmo.

Como ponto de partida para a execução deste projecto questionei-me sobre o facto de estar integrada numa equipa multidisciplinar, e de como a minha prática e agir como enfermeira e pessoa, poderia influenciar a dinâmica e funcionamento do serviço onde trabalho e decidi realizar o meu estágio.

A preferência por este tema deve-se ao facto de ser um assunto actual e cativante onde a tendência para o aumento da população idosa é um dos traços mais evidentes da nossa sociedade, assim como a necessidade de dar cumprimento ao disposto no plano de estudos.

O envelhecimento populacional é uma realidade no nosso país, assim como em todo o mundo. “O fenómeno do envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais económicas e financeiras que o envolve.” (Moniz, 2003:41)

Desejo com este Projecto de Estágio de Intervenção Comunitária, colaborar para a implementação de estratégias de Promoção de Saúde na comunidade idosa, e promover um envelhecimento saudável para melhor qualidade de vida. Com as actividades a desenvolver acredito que contribuo igualmente para a visibilidade da Enfermagem.

Estando ainda a decorrer a minha formação especializada pretendo, ao longo dela, adquirir competências que me permitam participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção (Regulamento n.º 128/2011).

Este é efectivamente o principal objectivo do estágio mas, para melhor orientação decidi ter por base, aquelas que são as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Particularmente, a primeira competência define que o enfermeiro “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” por conseguinte “identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade”. (Regulamento n.º 128/2011)

Os objectivos destas intervenções comunitárias são:

**Objectivo geral nº 1:**

- Contribuir para um envelhecimento saudável dos idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.

**Objectivos específicos:**

- Identificar a percepção da qualidade de vida e de saúde dos idosos, até ao final de Março de 2011.
- Identificar as limitações funcionais a nível físico, psicológico e social que dificultam a autonomia em actividades de vida diária levando à dependência dos idosos, até ao final de Março de 2011.
- Identificar factores de risco consideráveis à perda de autonomia dos idosos, até ao final de Março de 2011.
- Identificar necessidades de cuidados de Enfermagem dos idosos, até ao final de Março de 2011.



- Desenvolver actividades no âmbito do envelhecimento saudável, de acordo com as necessidades identificadas dos, até ao final de Maio de 2011.
- Avaliar a satisfação dos face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito do envelhecimento saudável, até ao final de Junho de 2011.

**Objectivo geral nº 2:**

- Promover o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária junto dos idosos.

**Objectivo específico:**

- Dar visibilidade à intervenção comunitária do Enfermeiro Especialista junto dos idosos, até ao final de Junho de 2011.

**Objectivo geral nº 3:**

- Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde dos idosos.

**Objectivo específico:**

- Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade até ao final de Março de 2011.

Este projecto de estágio estrutura-se então da seguinte forma, começa com a identificação do projecto seguido da apresentação dos objectivos gerais e dos objectivos específicos que lhe estão relacionados, a justificação do tema, posteriormente a caracterização do local de estágio, a metodologia a utilizar, o modelo de avaliação e o plano de trabalhos. Para finalizar apresenta-se a bibliografia referenciada ao longo do trabalho.

## 1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Portugal depara-se actualmente com uma realidade que, embora comum à maioria dos países europeus, só agora começa a ganhar um impacto social relevante, isto é, baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país. Conforme dados do PORDATA (2010) a Taxa de Natalidade, passou de 11,0% em 2001 para um valor de 9,4% em 2009, e a Taxa de Mortalidade, que apresentava um valor de 10,2% em 2001 reduziu para 9,8% em 2009.

Em Portugal verifica-se um índice de envelhecimento de 116,5% em 2009 (PORDATA, 2011), sendo no entanto mais evidente em determinadas zonas do país e, o distrito onde exercemos funções é exemplo disso, sendo mesmo um dos mais envelhecidos com um índice de envelhecimento 177,4% (INE, 2009).

O Instituto Nacional de Estatística define o envelhecimento demográfico como "o aumento da proporção das pessoas idosas na população total". Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa. (INE, 2002)

Segundo as projecções do departamento da estatística da União Europeia citadas por Paúl & Fonseca (2005:15) dentro de "aproximadamente 15 anos, um em cada cinco portugueses terá 65 anos ou mais anos e, em meados do século XXI, essa relação será de um para cada três portugueses." Com o crescente aumento da população idosa e a importância atribuída ao envelhecer com qualidade de vida, intervir e estudar este fenómeno é cada vez mais importante.

Pertencendo a uma equipa multidisciplinar de saúde, verifico diariamente que os idosos são os maiores consumidores de cuidados, quer pela vulnerabilidade própria do processo de envelhecimento, como pelos inadequados mecanismos de suporte existencial e social. É por vivenciar uma realidade assim, que o meu incentivo e desempenho assim como a minha motivação e o meu constante crescimento são cada vez mais conscientes e diferenciados no sentido de uma enfermagem de qualidade.

A realização deste projecto de estágio nas extensões inicialmente mencionadas, tem a ver com o estar perante uma população com lacunas visíveis relativamente á problemática do envelhecimento e, tornando-se de extrema importância proporcionar um envelhecimento mais saudável, activo e com melhor qualidade de vida.

É então necessário que todos os profissionais de saúde estejam despertos para a realidade que é o envelhecimento saudável, com o intuito de desenvolver uma mudança de comportamentos, para que seja possível promover ganhos em saúde, particularmente nos idosos. Diz-se que envelhecemos como vivemos. Segundo Stano (2000) citada por Mariz (2007:16) “envelhecer não é seguir um caminho já traçado mas, pelo contrário, construí-lo permanentemente.”

A saúde é o recurso específico mais evidente para uma vida com qualidade e por isso, há que preservar as competências físicas e mentais dos idosos de forma a assegurar a sua autonomia e independência.

Neste sentido, torna-se essencial lapidar comportamentos desde cedo. Moniz (2003:50) refere que “o processo de envelhecimento constrói-se de forma progressiva (...) vai exigindo aprendizagens, adaptações, participações e eventualmente ajudas.”

Sendo o cuidar, a verdadeira essência do enfermeiro, em qualquer das situações no mundo da saúde, torna-se necessário adoptar medidas que proporcionem um final de vida com mais qualidade, utilizando ao máximo as capacidades funcionais do indivíduo. Como refere Santos (2004:47), “a finalidade da enfermagem é a promoção da saúde, o cuidar, a prevenção da doença e a sua cura, mostrando a globalidade que a sua boa prática permite”.

No sector dos cuidados de enfermagem, aqueles prestados às pessoas idosas devem ter como propósito ajudá-las a utilizarem ao máximo as suas capacidades funcionais, independentemente do seu estado de saúde e da sua idade.

Torna-se por tudo isto necessário diagnosticar os problemas inerentes a esta temática de forma a prestar cuidados de forma adequada e eficaz. Atendendo a que me encontro em fase de aquisição de competências específicas para o fazer parece-me ser o momento oportuno para tal diagnóstico.

Conforme o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”. (1996)

No mesmo documento refere que “os enfermeiros contribuem no exercício da sua actividade na área...da investigação para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem...participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem...”

Segundo a proposta do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011 “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo – alvo e actuar em

todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.” (Regulamento n.º 128/2011)

Por outro lado a proposta do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011 considera que “a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade”. (Regulamento n.º 128/2011)

Conforme o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro no artigo 9º alínea b compete à enfermagem realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional. Esta função aponta claramente para a realização de actividades de Educação para a Saúde. Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

A declaração de Alma-Ata considerou como prioridade, em Cuidados de Saúde Primários, a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a educação para a saúde.

A educação para a saúde é uma estratégia de enfermagem fundamental para a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade (Basto, 2000; Ordem dos Enfermeiros, 2003; OMS, 1986). Esta é fundamental nos idosos, e os enfermeiros têm um papel extremamente importante na ajuda para que eles possam atingir e manter o melhor estado possível de saúde e bem-estar. O ensino e a motivação ao auto-cuidado, mediante a execução, a prática e o treino, de forma a torná-los o mais independente possível, devem fazer parte dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados primários são o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde o que permite a aproximação da assistência na saúde o mais possível dos locais onde a população vive e trabalha. O enfermeiro tem aqui um papel privilegiado pois é o primeiro a ter contacto com o utente.

Relativo ao disposto no PNSPI a acção multidisciplinar dos serviços de saúde deve visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida. (DGS, 2004)

O princípio básico em que este Programa assenta é informar sobre o envelhecimento activo e sobre as situações mais frequentes susceptíveis de influenciar a autonomia e independência das pessoas idosas, orientar, na área da saúde, a organização de todos os intervenientes, profissionais ou utilizadores e contribuir para a promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, tendo em conta o impacto destas estratégias nos principais determinantes do envelhecimento activo de cada cidadão. (DGS, 2004:13)

Em termos legislativos, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 defende o investimento a nível da saúde em todas as fases do ciclo de vida, desde o nascimento até a morte. Este plano dá ênfase ao grupo etário com mais de 65 anos, que se encontra em crescimento nos países mais desenvolvidos devido à melhoria do sistema de saúde e das condições de vida. (DGS, 2004)

Dos programas implementados pelo Plano Nacional de Saúde em Portugal há que realçar, entre outros, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que “reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objectivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento”. (DGS, 2004:2)

Este projecto dará especial atenção ao idoso não institucionalizado indo ao encontro do preconizado, também no documento anterior que salienta “a acção multidisciplinar dos serviços de saúde” que “deve visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida”. (DGS, 2004:5)

Torna-se então necessário reflectir sobre o estado funcional do idoso e reconhecer precocemente os problemas potenciais de saúde. É fundamental adquirir uma nova atitude face ao envelhecimento, no sentido de definir soluções para uma melhor qualidade de vida, que se encontra intimamente ligada à manutenção da autonomia durante o processo de envelhecimento.

## **2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O Centro de Saúde de Castelo Branco é uma Unidade Básica do Serviço Nacional de Saúde que se constitui como primeira responsável pela promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e melhoria dos níveis de saúde da população onde está inserida. É responsável por satisfazer e antecipar as necessidades reais dos indivíduos e da comunidade; actuar de acordo com padrões de qualidade técnico-científica, de eficiência e eficácia, elevando assim os ganhos em saúde. Pertence à Unidade Local de Saúde [ULS] de Castelo Branco que inclui o hospital desta cidade.

O Centro de Saúde de Castelo Branco, enquanto unidade de saúde, serve toda a população residente, ou temporariamente deslocada, na área geográfica por ele abrangida. Fisicamente é composto por 2 edifícios localizados na cidade e por 19 extensões de saúde, distribuídas pelo concelho, sendo que as mais distantes se encontram a cerca de 30 km da sede. Em termos funcionais encontra-se organizado em 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e uma Unidade de Saúde Pública.

A escolha do Centro de Saúde de Castelo Branco e das extensões de saúde de Cebolais de Cima e de Lardosa, para campo de estágio, atribui-se ao facto de 3 elementos do grupo de trabalho aí desempenharem funções.

Na sede o horário de atendimento de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira é das 8h às 20h, enquanto nas extensões de saúde é das 8h às 15h.

No que aos cuidados de enfermagem diz respeito, são assegurados cuidados na área Tratamentos/Cuidados no Centro de Saúde e no domicílio, vacinação, acompanhamento de Grupos específicos na Comunidade. Prestam-se cuidados de enfermagem a todas as pessoas ajudando-as a atingir o seu máximo bem-estar físico e psíquico, e a máxima independência nas actividades quotidianas, tão rapidamente quanto possível.

Existem consultas dirigidas aos utentes/famílias que necessitam de vigiar e/ou cuidar da sua saúde no âmbito da Saúde do Adulto, Saúde Materna, Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Visitas domiciliárias programadas, Atendimento Complementar.

Existem ainda outros tipos de consulta: Psicologia, Saúde Oral, Nutricionismo, Cessação Tabágica, Alcoologia, Controlo de hipocoagulação, Consulta do Viajante, Consulta de Tratamento de Feridas e Pé Diabético, Diagnóstico Pneumológico.

Por último e uma vez que a UCSP pertence à ULS de Castelo Branco, sempre que necessário pode-se recorrer a outras especialidades.

### 3. METODOLOGIA

Identificado o problema e definidos os objectivos do estudo, torna-se necessário identificar as opções metodológicas.

Efectuarei a descrição dos processos metodológicos, nomeadamente tipo de estudo, a população e amostra constituída, as características do instrumento de colheita de dados, os procedimentos adoptados na colheita de dados e as técnicas utilizadas no tratamento estatístico dos dados. Estes permitir-me-ão atingir os objectivos estabelecidos.

É imperiosa a reflexão sobre as opções metodológicas disponíveis, para que a decisão seja a mais correcta, de acordo com o estudo em causa.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e exploratório.

O presente estudo realizar-se-à na população idosa da UCSP2 Castelo Branco, de Lardosa e de Cebolais de Cima.

Na conceptualização do trabalho de investigação a população sobre a qual se realizará o estudo é constituída por 1100 idosos e a amostra irá ser acidental constituída por sujeitos facilmente acessíveis e que estarão presentes num local determinado, neste caso no centro de saúde ou no domicílio.

Para a elaboração deste estudo serão considerados critérios de inclusão:

- Pertencer à lista de utentes das extensões de saúde de Cebolais de Cima e de Lardosa e à lista de utentes de um ficheiro da UCSP 2 do Centro de Saúde de Castelo Branco.
- Idade igual ou superior a 65 anos,
- Disponibilidade para responder aos questionários,
- Não estarem institucionalizados.

Além destes serão considerados critérios de exclusão:

- Pessoas com alterações mentais e com surdez.

O instrumento de colheita de dados a utilizar é o inquérito por questionário. Os questionários serão preenchidos pelos elementos do grupo.

Tendo em conta os aspectos referidos e o tipo de estudo, elaborou-se o questionário que é constituído por quatro partes (ver Anexo I):



A primeira parte do questionário visa a caracterização sócio-demográfica da população. Foram incluídas três questões abertas para avaliar a percepção de qualidade de vida e o que influencia positiva e negativamente a sua qualidade de vida.

Na segunda e terceira partes serão utilizadas as escalas de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF e a WHOQOL-OLD da OMS uma vez que se aplicam ao estudo.

Na quarta parte é utilizado o Índice de Barthel para avaliação da capacidade funcional para as actividades de vida diária deste grupo etário.

Estando ciente dos procedimentos formais e éticos, constitui preocupação ao longo do trabalho de investigação respeitá-los e para tal irei elaborar um documento onde constem as condições que salvaguardam os aspectos éticos. No mesmo comprometo-me a assegurar o consentimento do inquirido, através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa, à confidencialidade e ao anonimato.

Será formulado um pedido de autorização por escrito, ao Director da ULS de Castelo Branco, pela Coordenadora do Mestrado Professora Doutora Filomena Martins, para a colheita de dados aos idosos inseridos nos ficheiros referidos.

Para assegurar a confidencialidade, os questionários serão protegidos de qualquer identificação, através de códigos e a aplicação do questionário será realizada nas extensões de saúde e centro de saúde referidos.

Relativamente ao tratamento dos dados obtidos, através das respostas dos utentes ao questionário, no que se refere aos dados das variáveis de caracterização ou de atributo, usarei a estatística descritiva.

Das respostas às questões abertas serão definidas dimensões para fácil interpretação.

Os programas informáticos utilizados para a realização deste estudo e para o tratamento dos dados foram: Word, o SPSS versão 18.0.

Na análise e interpretação irão ser apresentados os dados obtidos relativos à caracterização da amostra e dos dados relativos às escalas utilizadas bem como, as necessidades identificadas.

## **4. MODELO DE AVALIAÇÃO**

Na gestão de projectos de intervenção em saúde é fulcral a utilização de métodos de avaliação crítica, sistemática e contínua dos problemas, das necessidades, dos recursos, das políticas e das formas de intervenção.

A avaliação deste projecto será feita através da discussão e análise dos resultados alcançados e do cumprimento dos objectivos propostos pelos elementos do grupo e coordenadores do mestrado.

Serão avaliados o Diagnóstico de Situação e Relatório de Estágio em conjunto com a avaliação do cumprimento das actividades do projecto. Para além disso, será também averiguado o grau de satisfação da população com as sessões de educação para a saúde que se realizarão durante o estágio, através de um questionário.

## 5. PLANO DE ESTUDOS

Objectivos específicos	Actividades	Recursos	Indicadores de avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar a percepção da qualidade de vida e de saúde dos idosos, até ao final de Março de 2011;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e qualidade de vida;</li> <li>▪ Identificar os factores que influenciam positiva e negativamente a qualidade de vida dos idosos;</li> <li>▪ Motivar e envolver os idosos na participação do estudo;</li> <li>▪ Aplicação de questionários aos idosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem;</li> <li>▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco;</li> <li>▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Até final de Março de 2011</li> </ul>

<b>Objectivos específicos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar as limitações funcionais a nível físico, psicológico e social que dificultam a autonomia em actividades de vida diária levando à dependência dos idosos, até ao final de Março de 2011;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e do auto-cuidado;</li> <li>▪ Aplicação de questionários aos idosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem;</li> <li>▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco;</li> <li>▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Até final de Março de 2011</li> </ul>

<b>Objectivos específicos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar factores de risco consideráveis à perda de autonomia dos idosos, até ao final de Março de 2011;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e causas do envelhecimento patológico;</li> <li>▪ Aplicação de questionários aos idosos</li> <li>▪ Fazer levantamento dos idosos que residem sozinhos;</li> <li>▪ Fazer contactos telefónicos e/ou domiciliários frequentemente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem;</li> <li>▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco;</li> <li>▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário;</li> <li>▪ Contactar 80% dos idosos que vivem sozinhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Até final de Março de 2011</li> </ul>

<b>Objectivos específicos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar necessidades de cuidados de Enfermagem dos idosos, até ao final de Março de 2011;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e principais necessidades no envelhecimento;</li> <li>▪ Aplicação de questionários aos idosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem;</li> <li>▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco;</li> <li>▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Até final de Março de 2011</li> </ul>

<b>Objectivos específicos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver actividades no âmbito do envelhecimento saudável, de acordo com as necessidades identificadas dos idosos, até ao final de Maio de 2011;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reuniões com os responsáveis dos locais da realização das sessões de educação a realizar;</li> <li>▪ Sessões de educação para a saúde;</li> <li>▪ Distribuição de folhetos de acordo com a temática da sessão;</li> <li>▪ Implementação de uma consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso no local de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem;</li> <li>▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco;</li> <li>▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco.</li> <li>▪ Meios audiovisuais</li> <li>▪ Suportes didácticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar 1 sessão de educação para a saúde em cada freguesia do estudo;</li> <li>▪ Distribuir 1 folheto por idoso;</li> <li>▪ Elaboração de um manual sobre a consulta do idoso com informações importantes e específicas para este grupo etário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De Março a Junho de 2011</li> </ul>

<b>Objectivos específicos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar a satisfação dos idosos face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito do envelhecimento saudável, até ao final de Junho de 2011.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos idosos;</li> <li>▪ Aplicar o questionário no final de cada actividade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem;</li> <li>▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco;</li> <li>▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco;</li> <li>▪ Bibliotecas, ou outros locais das freguesias de Cebolais de Cima, Lardosa e Castelo Branco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicação dos questionários a todas as actividades realizadas;</li> <li>▪ 80% de questionários preenchidos com grau de satisfação BOM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De Março a Junho de 2011</li> </ul>



<b>Objectivos específicos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dar visibilidade à intervenção comunitária do Enfermeiro Especialista, junto dos idosos, até ao final de Junho de 2011.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organizar um evento de convívio para idosos a definir;</li> <li>▪ Organizar uma sessão para apresentação dos resultados do estudo realizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem;</li> <li>▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco;</li> <li>▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco;</li> <li>▪ Bibliotecas, ou outros locais das freguesias de Cebolais de Cima, Lardosa e Castelo Branco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realização de um evento de convívio para idosos a definir;</li> <li>▪ Realização uma sessão para apresentação dos resultados do estudo realizado em cada freguesia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De Março a Junho de 2011</li> </ul>

Objectivo específicos	Actividades	Recursos	Indicadores de avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde junto dos idosos até ao final de Março de 2001.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar o estado de saúde dos idosos</li> <li>▪ Integrar o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde destes idosos</li> <li>▪ Integrar variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem;</li> <li>▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, da Lardosa e de um ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados 2 de Castelo Branco;</li> <li>▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Até final de Março de 2011</li> </ul>

## BIBLIOGRAFIA

- Basto, M. L., (2000). *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. *Código Deontológico do Enfermeiro*
- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, *Carreira de Enfermagem*, Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009
- DGS (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas.
- DGS (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa Nº: 13/DGCG, DATA: 02/07/04.
- INE, (2002) *Censos 2001-Resultados Definitivos*. Editor: INE
- INE, (2009), *Instituto Nacional de Estatística*. Consultado a 10.02.2011. [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Machado, N. J., (2000). *Educação: Projetos e valores*. São Paulo: Escrituras Editora. Pag.6
- Mariz, M.E.A. (2007). + 60 em Cena. Consultado a 2.02.2011 em <http://www.pucsp.br/ponto-e-virgula/n2/artigos/09-mariaelisa.htm>
- Moniz, J.M.N., (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência
- OMS (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, Rússia: OMS.
- OMS, (1986). *Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública - Carta de Otawa*. Otawa.
- Ordem dos Enfermeiros, (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais- Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº10. 2003.

Paul, M. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Pordata, (2010). Base de dados de Portugal Contemporâneo. [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)

Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Santos A., (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos doentes e cuidadores*. Universidade do Porto, Pag. 47

# APÊNDICE II

(Questionário)

## **GRUPO I**

### **Dados sócio-demográficos**

1 – Idade \_\_\_\_\_

2 - Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

3 – Sexo: Masculino ☐<sub>1</sub> Feminino ☐<sub>2</sub>

4 – Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever <sub>1</sub>	
Sabe ler e/ou escrever <sub>2</sub>	
1º ao 4º anos <sub>3</sub>	
5º e 6º anos <sub>4</sub>	
7º ao 9º anos <sub>5</sub>	
10 ao 12º anos <sub>6</sub>	
Estudos Universitários <sub>7</sub>	
Formação pós graduada <sub>8</sub>	

5 – Actividade profissional ao longo da vida?

5.1- Sector Profissional:

Sector Primário <sub>1</sub>	
Sector Secundário <sub>2</sub>	
Sector Terciário <sub>3</sub>	

5.2 – Situação Profissional actual:

Reformado <sub>1</sub>	
Activo <sub>2</sub>	

6 – Estado civil:

Solteiro/a <sub>1</sub>	
Casado/a <sub>2</sub>	
União de facto <sub>3</sub>	
Separado/a <sub>4</sub>	
Divorciado/a <sub>5</sub>	
Viúvo/a <sub>6</sub>	

7 – Com quem vive?

Sozinho <sub>1</sub>	
Com conjuge <sub>2</sub>	
Com filhos/Nora/Genro <sub>3</sub>	
Numa instituição <sub>4</sub>	
Outros <sub>5</sub>	

7-Hábitos tabágicos: Fuma? Sim ☐1 Não ☐2

8- Hábitos alcoólicos: Ingere bebidas alcoólicas? Sim ☐1 Não ☐2

9- Actividade física: Faz exercício físico? Sim ☐1 Não ☐2

10- Toma medicamentos para a dor frequentemente? Sim ☐1 Não ☐2

11- Tem alguma doença:

11.1 – Diabetes: Sim ☐1 Não ☐2

11.2 – Hipertensão arterial: Sim ☐1 Não ☐2

11.3 – Cardiovascular: Sim ☐1 Não ☐2

11.4 – Osteoporose: Sim ☐1 Não ☐2

11.5 – Outra: Sim ☐1 Não ☐2

Qual? \_\_\_\_\_

8 – O que é para si qualidade de vida?

---

---

---

---

---

9 – O que mais influencia positivamente a sua qualidade de vida?

---

---

---

---

---

10 – O que mais influencia negativamente a sua qualidade de vida?

---

---

---

---

---

## **GRUPO II**

### **WHOQOL – Abreviado (Versão em Português)**

#### **Instruções**

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seu padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	<b>N ada</b>	<b>P ouco</b>	<b>Moderadam ente</b>	<b>Bast ante</b>	<b>Completa mente</b>
<b>Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?</b>	1	2	3	4	5

Deve colocar um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e coloque um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		<b>M uito má</b>	<b>M á</b>	<b>Nem boa nem má</b>	<b>B oa</b>	<b>Muit o boa</b>
WA_1	<b>Como avalia a sua qualidade de vida?</b>	1	2	3	4	5

		<b>Muit o insatisfeito</b>	<b>Insati sfeito</b>	<b>Nem satisfeito nem insatisfeito</b>	<b>Sati sfeito</b>	<b>Mui to satisfeito</b>
WA_2	<b>Até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde?</b>	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		<b>Nad a</b>	<b>Po uco</b>	<b>Nem muito nem pouco</b>	<b>M uito</b>	<b>Muitíssi mo</b>
WA_3	<b>Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?</b>	1	2	3	4	5
WA_4	<b>Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária?</b>	1	2	3	4	5
WA_5	<b>Até que ponto gosta da vida?</b>	1	2	3	4	5
WA_6	<b>Em que medida sente que a sua vida tem sentido?</b>	1	2	3	4	5
WA_7	<b>Até que ponto se consegue concentrar?</b>	1	2	3	4	5
WA_8	<b>Em que medida se sente em segurança no seu</b>	1	2	3	4	5



	<b>dia-a-dia?</b>					
WA_9	<b>Em que medida é saudável o seu ambiente físico?</b>	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		N ada	Po uco	Moderada mente	Bast ante	Completa mente
WA_10	<b>Tem energia suficiente para a sua vida diária?</b>	1	2	3	4	5
WA_11	<b>É capaz de aceitar a sua aparência física?</b>	1	2	3	4	5
WA_12	<b>Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?</b>	1	2	3	4	5
WA_13	<b>Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?</b>	1	2	3	4	5
WA_14	<b>Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?</b>	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
WA_15	<b>Como avaliaria a sua mobilidade [Capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)]?</b>	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se sentiu **bem** ou **satisfeito** (a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insati sfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisf eito	Muito Satisfeito
WA_16	<b>Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono?</b>	1	2	3	4	5
WA_17	<b>Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?</b>	1	2	3	4	5
WA_18	<b>Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade de</b>	1	2	3	4	5

	<b>trabalho?</b>					
WA_19	Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio (a)?	1	2	3	4	5
WA_20	Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
WA_21	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
WA_22	Até que ponto está satisfeito (a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
WA_23	Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
WA_24	Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
WA_25	Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		<b>Nu nca</b>	<b>Pouca s Vezes</b>	<b>Algu mas Vezes</b>	<b>Frequente mente</b>	<b>Semp re</b>
WA_26	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

## GRUPO III WHOQOL-OLD

As seguintes questões perguntam sobre como tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01	<b>Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto), afectam a sua vida diária?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_02	<b>Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afectam a sua capacidade de participar em actividades?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_03	<b>Que liberdade tem de tomar as suas próprias decisões?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_04	<b>Até que ponto sente que controla o seu futuro?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_05	<b>Sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_06	<b>Até que ponto está preocupado com a maneira pela qual irá morrer?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_07	<b>Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_08	<b>Tem medo de morrer?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_09	<b>Teme sofrer dor antes de morrer?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

As seguintes questões perguntam sobre como fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10	<b>Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afecta a sua capacidade de interagir com as outras pessoas?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

old_11	<b>Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

old_12	<b>Até que ponto está satisfeito com as suas oportunidades para continuar a alcançar outras realizações na sua vida?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

old_13	<b>Sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completament e 5

old_14	<b>Sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completament e 5

As seguintes questões pedem que diga o quanto se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

old_15	<b>Está satisfeito com aquilo que alcançou na vida?</b>				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

old_16	<b>Está satisfeito com a forma como usa o seu tempo?</b>				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

old_17	<b>Está satisfeito com o seu nível de actividade?</b>				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

old_18	<b>Está satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade</b>				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

old_19	<b>Está feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente?</b>				
	Muito Infeliz 1	Infeliz 2	Nem Feliz Nem Infeliz 3	Feliz 4	Muito Feliz 5

old_20	<b>Como avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?</b>				
	Muito Má 1	Má 2	Nem Má Nem Boa 3	Boa 4	Muito Boa 5

As seguintes questões referem-se a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) a sua intimidade mais do que qualquer outra pessoa na sua vida.

old_21	<b>Até que ponto tem um sentimento de companheirismo na sua vida?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_22	<b>Até que ponto sente amor na sua vida?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_23	<b>Até que ponto tem oportunidade para amar?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completament e 5

old_24	<b>Até que ponto tem oportunidade para ser amado?</b>				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completament e 5

## **GRUPO IV**

### **ESCALA DE BARTHEL**

#### **Barthel \_1 - Evacuar**

- 0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
- 1 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);
- 2 = Continente

#### **Barthel \_2 Urinar**

- 0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer
- 1 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);
- 2 = Continente (por mais de 7 dias)

#### **Barthel \_3 Higiene Pessoal**

- 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
- 1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

#### **Barthel \_4 Ir à casa de banho**

- 0 = Dependente
- 1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho
- 2 = Independente

#### **Barthel \_5 Alimentar-se**

- 0 = Incapaz
- 1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc.
- 2 = Independente ( a comida é providenciada)

#### **Barthel \_6 Deslocações**

- 0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se
- 1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 2 = Pequena ajuda (verbal ou física)
- 3 = Independente

#### **Barthel \_7 Mobilidade**

- 0 = Imobilizado
- 1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

#### **Barthel \_8 Vestir-se**

- 0 = dependente
- 1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda
- 2 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

#### **Barthel \_9 Escadas**

- 0 = Incapaz
- 1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)
- 2 = Independente para subir e descer

#### **Barthel \_10 Tomar banho**

- 0 = Dependente
- 1 = Independente (ou no chuveiro)

#### **Classificação:**

- 0 - 04 – Muito Grave
- 05 -09 – Grave
- 10-14 – Moderado
- 15-19 – Ligeiro
- 20 – Independente

Muito obrigado/a pela sua colaboração!

# APÊNDICE III

(Quadro 1)

	N	%
Masculino	86	33,7
Feminino	169	66,3
Total	255	100,0

Quadro 1– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por sexo

# APÊNDICE IV

(Quadro 2)



			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculin o	Feminino	
Intervalos de idade	[65,75[	N	38	96	134
		% por intervalo de idades	28,4%	71,6%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	44,2%	56,8%	52,5%
	[75,85[	N	40	61	101
		% por intervalo de idades	39,6%	60,4%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	46,5%	36,1%	39,6%
	>= 85	N	8	12	20
		% por intervalo de idades	40,0%	60,0%	100,0%
		% por Sexo	9,3%	7,1%	7,8%
Total	N	86	169	255	
	% por intervalo de idades	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 2– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por intervalos de idade e sexo

# APÊNDICE V

(Quadro 3)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Estado Civil	Solteiro(a)	N	3	8	11
		% por Estado Civil	27,3%	72,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	3,5%	4,7%	4,3%
	Casado(a)	N	67	97	164
		% por Estado Civil	40,9%	59,1%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	77,9%	57,4%	64,3%
	União de Facto	N	0	1	1
		% por Estado Civil	,0%	100,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	,0%	,6%	,4%
	Separado(a)	N	2	1	3
		% por Estado Civil	66,7%	33,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	2,3%	,6%	1,2%
	Divorciado(a)	N	0	2	2
		% por Estado Civil	,0%	100,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	,0%	1,2%	,8%
	Viúvo(a)	N	14	60	74
		% por Estado Civil	18,9%	81,1%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	16,3%	35,5%	29,0%
Total	N	86	169	255	
	% por Estado Civil	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 3 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Estado Civil e por sexo

# APÊNDICE VI

(Quadro 4)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Escolaridade dos inquiridos	Não sabe ler nem escrever	N	8	34	42
		% por Escolaridade	19,0%	81,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	9,3%	20,1%	16,5%
	Sabe ler e/ou escrever	N	8	18	26
		% por Escolaridade	30,8%	69,2%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	9,3%	10,7%	10,2%
	1º ao 4º anos	N	52	107	159
		% por Escolaridade	32,7%	67,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	60,5%	63,3%	62,4%
	5º e 6º anos	N	8	2	10
		% por Escolaridade	80,0%	20,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	9,3%	1,2%	3,9%
	7º ao 9º anos	N	4	3	7
		% por Escolaridade	57,1%	42,9%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	4,7%	1,8%	2,7%
	Estudos Universitários	N	4	5	9
		% por Escolaridade	44,4%	55,6%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	4,7%	3,0%	3,5%
	Formação pós-graduada	N	2	0	2
		% por Escolaridade	100,0%	,0%	100,0%
		% por Sexo inquiridos	2,3%	,0%	,8%
Total	N	86	169	255	
	% por Escolaridade	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 4 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Escolaridade e sexo

# APÊNDICE VII

(Quadro 5)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Situação profissional actual	Reformado	N	84	166	250
		% por Situação profissional actual	33,6%	66,4%	100,0%
		% por Sexo inquiridos	97,7%	98,2%	98,0%
	Activo	N	2	3	5
		% por Situação profissional actual	40,0%	60,0%	100,0%
		% por Sexo inquiridos	2,3%	1,8%	2,0%
Total	N		86	169	255
	% por Situação profissional actual		33,7%	66,3%	100,0%
	% por Sexo inquiridos		100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 5 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Situação profissional e sexo

# APÊNDICE VIII

(Quadro 6)



			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Com quem vive	Sozinho	N	14	55	69
		% por Com quem vive	20,3%	79,7%	100,0%
		% por Sexo inquiridos	16,3%	32,5%	27,1%
	Cônjuge	N	66	93	159
		% por Com quem vive	41,5%	58,5%	100,0%
		% por Sexo inquiridos	76,7%	55,0%	62,4%
	Filhos/Nora/Genro	N	6	17	23
		% por Com quem vive	26,1%	73,9%	100,0%
		% por Sexo inquiridos	7,0%	10,1%	9,0%
	Outros	N	0	4	4
		% por Com quem vive	,0%	100,0%	100,0%
		% por Sexo inquiridos	,0%	2,4%	1,6%
Total	N		86	169	255
	% por Com quem vive		33,7%	66,3%	100,0%
	% por Sexo inquiridos		100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 6 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Com quem vive e sexo

# APÊNDICE IX

(Quadro 7)

			Local onde Estão inscritos			Total
			Castelo Branco	Cebolais	Lardosa	
Intervalo de idades	de[65,75[	N	44	58	32	134
		% por intervalo de idades	32,8%	43,3%	23,9%	100,0%
		% por Local onde Estão inscritos	45,8%	58,6%	53,3%	52,5%
	[75,85[	N	43	35	23	101
		% por intervalo de idades	42,6%	34,7%	22,8%	100,0%
		% por Local onde Estão inscritos	44,8%	35,4%	38,3%	39,6%
	>= 85	N	9	6	5	20
		% por intervalo de idades	45,0%	30,0%	25,0%	100,0%
		% por Local onde Estão inscritos	9,4%	6,1%	8,3%	7,8%
Total	N		96	99	60	255
		% por intervalo de idades	37,6%	38,8%	23,5%	100,0%
		% por Local onde Estão inscritos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 7 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Local e intervalos de idades

# APÊNDICE X

(Quadro 8)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Local onde estão inscritos	Castelo Branco	N	35	61	96
		% por Local onde estão inscritos	36,5%	63,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	40,7%	36,1%	37,6%
	Cebolais	N	33	66	99
		% por Local onde estão inscritos	33,3%	66,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	38,4%	39,1%	38,8%
	Lardosa	N	18	42	60
		% por Local onde estão inscritos	30,0%	70,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	20,9%	24,9%	23,5%
Total		N	86	169	255
		% por Local onde estão inscritos	33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 8 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Local onde estão inscritos e sexo

# APÊNDICE XI

(Quadro 9 e 10)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Como avalia a sua qualidade	Muito má	N	1	8	9
		% por Como avalia a sua qualidade	11,1%	88,9%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	1,2%	4,7%	3,5%
	Má	N	5	14	19
		% por Como avalia a sua qualidade	26,3%	73,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	5,8%	8,3%	7,5%
	Nem Boa nem Má	N	40	84	124
		% por Como avalia a sua qualidade	32,3%	67,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	46,5%	49,7%	48,6%
	Boa	N	37	56	93
		% por Como avalia a sua qualidade	39,8%	60,2%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	43,0%	33,1%	36,5%
	Muito Boa	N	3	7	10
		% por Como avalia a sua qualidade	30,0%	70,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	3,5%	4,1%	3,9%
Total		N	86	169	255
		% por Como avalia a sua qualidade	33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 9 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e sexo

		Intervalo de idade			Total
		[65,75[	[75,85[	>= 85	
Como avalia a sua qualidade de vida					
Muito má N		2	6	1	9
% por Como avalia a sua qualidade		22,2%	66,7%	11,1%	100,0%
% por intervalo de idades		1,5%	5,9%	5,0%	3,5%
Má	N	9	6	4	19
	% por Como avalia a sua qualidade	47,4%	31,6%	21,1%	100,0%
	% por intervalo de idades	6,7%	5,9%	20,0%	7,5%
Nem Boa nem Má	N	61	52	11	124
	% por Como avalia a sua qualidade	49,2%	41,9%	8,9%	100,0%
	% por intervalo de idades	45,5%	51,5%	55,0%	48,6%
Boa	N	54	35	4	93
	% por Como avalia a sua qualidade	58,1%	37,6%	4,3%	100,0%
	% por intervalo de idades	40,3%	34,7%	20,0%	36,5%
Muito Boa	N	8	2	0	10
	% por Como avalia a sua qualidade	80,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% por intervalo de idades	6,0%	2,0%	,0%	3,9%
Total	N	134	101	20	255
	% por Como avalia a sua qualidade	52,5%	39,6%	7,8%	100,0%
	% por intervalo de idades	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 10 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e intervalo de idades



# APÊNDICE XII

(Quadro 11 a 16)

Percepção do que é qualidade de vida			
Dimensão	Total dos idosos	Idosos do sexo masculino	Idosos do sexo feminino
Saúde	76.9%	77.9%	76.3%
Paz	24.3%	22.1%	25.4%
Dinheiro	23.9%	33.7%	18.9%
Familiares/vizinhos	16.9%	19.8%	15.4%
Ocupação/actividades de lazer	15.3%	12.8%	16.6%

Quadro 11: Dimensões da Percepção de qualidade de vida

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Dimensão saúde	-Sim	N	67	129	196
		% por Dimensão - saúde	34,2%	65,8%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	77,9%	76,3%	76,9%
	não	N	19	40	59
		% por Dimensão - saúde	32,2%	67,8%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	22,1%	23,7%	23,1%
Total	N		86	169	255
	% por Dimensão - saúde		33,7%	66,3%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos		100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 12– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Saúde e sexo

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Dimensão-dinheiro	sim	N	29	32	61
		% por Dimensão-dinheiro	47,5%	52,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	33,7%	18,9%	23,9%
	não	N	57	137	194
		% por Dimensão-dinheiro	29,4%	70,6%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	66,3%	81,1%	76,1%
Total	N		86	169	255
	% por Dimensão-dinheiro		33,7%	66,3%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos		100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 13– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Dinheiro e sexo

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Dimensão_familia_vizinhos	sim	N	17	26	43
		%por	39,5%	60,5%	100,0%
		Dimensão_familia_vizinhos			
		% por Sexo dos inquiridos	19,8%	15,4%	16,9%
	não	N	69	143	212
		%por	32,5%	67,5%	100,0%
		Dimensão_familia_vizinhos			
		% por Sexo dos inquiridos	80,2%	84,6%	83,1%
Total	N		86	169	255
		%por	33,7%	66,3%	100,0%
		Dimensão_familia_vizinhos			
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 14– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Família/vizinhos e sexo

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Dimensão paz	Sim	N	19	43	62
		% por Dimensão paz	30,6%	69,4%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	22,1%	25,4%	24,3%
	Não	N	67	126	193
		% por Dimensão paz	34,7%	65,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	77,9%	74,6%	75,7%
Total	N		86	169	255
		% por Dimensão paz	33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 15 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Paz e sexo

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Dimensão actividades de lazer	sim	N	11	28	39
		% por Dimensão actividades de lazer	28,2%	71,8%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	12,8%	16,6%	15,3%
	não	N	75	141	216
		% por Dimensão actividades de lazer	34,7%	65,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	87,2%	83,4%	84,7%
Total	N		86	169	255
		% por Dimensão actividades de lazer	33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 16 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão Ocupação/actividades de lazer e sexo

# APÊNDICE XIII

(Quadro 17 a 21)

Dimensões atribuídas aos factores que influenciam positivamente a qualidade de vida			
Dimensão	Percentagem Total	Idosos do sexo masculino	Idosos do sexo feminino
<b>Saúde</b>	53%	53.3%	53.3%
<b>Famíliares/amigos</b>	38.6%	29.1%	42.6%
<b>Dinheiro</b>	14.1%	18.6%	11.8%
<b>Condições de habitabilidade</b>	8.6%	11.6%	7.1%

Quadro 17: Dimensões da percepção do que influencia positivamente a qualidade de vida

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Dimensão positiva saúde	Sim	N	46	90	136
		% por Dimensão positiva saúde	33,8%	66,2%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	53,5%	53,3%	53,3%
	não	N	40	79	119
		% por Dimensão positiva saúde	33,6%	66,4%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	46,5%	46,7%	46,7%
Total	N		86	169	255
	% por Dimensão positiva saúde		33,7%	66,3%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos		100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 18 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão saúde como influência positiva na qualidade de vida e sexo

				Sexo dos inquiridos		Total
				Masculino	Feminino	
Dimensão positiva dinheiro	Sim	N		16	20	36
		% por Dimensão positiva dinheiro		44,4%	55,6%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos		18,6%	11,8%	14,1%
	não	N		70	149	219
		% por Dimensão positiva dinheiro		32,0%	68,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos		81,4%	88,2%	85,9%
Total	N			86	169	255
	% por Dimensão positiva dinheiro			33,7%	66,3%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos			100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 19 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão dinheiro como influência positiva na qualidade de vida e sexo

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Dimensão positiva família/vizinhos	Sim	N	25	72	97
		% por Dimensão positiva família/vizinhos	25,8%	74,2%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	29,1%	42,6%	38,0%
	Não	N	61	97	158
		% por Dimensão positiva família/vizinhos	38,6%	61,4%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	70,9%	57,4%	62,0%
Total		N	86	169	255
		% por Dimensão positiva família/vizinhos	33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 20 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão família/vizinhos como influência positiva na qualidade de vida e sexo

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Dimensão positiva casa	Sim	N	10	12	22
		% por Dimensão positiva casa	45,5%	54,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	11,6%	7,1%	8,6%
	não	N	76	157	233
		% por Dimensão positiva casa	32,6%	67,4%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	88,4%	92,9%	91,4%
Total		N	86	169	255
		% por Dimensão positiva casa	33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 21 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Dimensão condições de habitabilidade como influência positiva na qualidade de vida e sexo

# APÊNDICE XIV

(Quadro 22 e 23)

				Sexo dos inquiridos		Total
				Masculi no	Femin ino	
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	Muito Insatisfeito	N	1	15	16	
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	6,3%	93,8%	100,0 %	
		% por Sexo dos inquiridos	1,2%	8,9%	6,3%	
	Insatisfeito	N	21	43	64	
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	32,8%	67,2%	100,0 %	
		% por Sexo dos inquiridos	24,4%	25,4%	25,1 %	
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	N	27	48	75	
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	36,0%	64,0%	100,0 %	
		% por Sexo dos inquiridos	31,4%	28,4%	29,4 %	
	Satisfeito	N	35	55	90	
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	38,9%	61,1%	100,0 %	
		% por Sexo dos inquiridos	40,7%	32,5%	35,3 %	
	Muito Satisfeito	N	2	8	10	
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	20,0%	80,0%	100,0 %	
		% por Sexo dos inquiridos	2,3%	4,7%	3,9%	
Total	N	86	169	255		
	% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	33,7%	66,3%	100,0 %		
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0 %	100,0 %		

Quadro 22 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e sexo



			intervalo de idades			Total	
			[65, 75[	[75, 85[	>= 85		
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	Muito Insatisfeito	N	8	6	2	16	
		% por ponto	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%	
		% por intervalo de idades	6,0%	5,9%	10,0%	6,3%	
	Insatisfeito	N	30	27	7	64	
		% por ponto	46,9%	42,2%	10,9%	100,0%	
		% por intervalo de idades	22,4%	26,7%	35,0%	25,1%	
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	N	39	30	6	75	
		% por ponto	52,0%	40,0%	8,0%	100,0%	
		% por intervalo de idades	29,1%	29,7%	30,0%	29,4%	
	Satisfeito	N	49	37	4	90	
		% por ponto	54,4%	41,1%	4,4%	100,0%	
		% por intervalo de idades	36,6%	36,6%	20,0%	35,3%	
	Muito Satisfeito	N	8	1	1	10	
		% por ponto	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%	
		% por intervalo de idades	6,0%	1,0%	5,0%	3,9%	
	Total		N	134	101	20	255
			% por ponto	52,5%	39,6%	7,8%	100,0%
			% por intervalo de idades	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 23 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e intervalos de idade

# APÊNDICE XV

(Quadro 24 e 25)

				Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades					Total
				Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente	
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	Insatisfeito	Muito	N	2	7	7	0	0	16
			% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	12,5%	43,8%	43,8%	,0%	,0%	100,0%
			% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	66,7%	13,5%	5,1%	,0%	,0%	6,3%
	Insatisfe	Muito	N	0	14	39	9	2	64
			% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	,0%	21,9%	60,9%	14,1%	3,1%	100,0%
			% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	,0%	26,9%	28,7%	22,0%	8,7%	25,1%
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Muito	N	1	19	48	6	1	75
			% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	1,3%	25,3%	64,0%	8,0%	1,3%	100,0%
			% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	33,3%	36,5%	35,3%	14,6%	4,3%	29,4%
	Satisfeit	Muito	N	0	11	38	26	15	90
			% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	,0%	12,2%	42,2%	28,9%	16,7%	100,0%
			% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	,0%	21,2%	27,9%	63,4%	65,2%	35,3%
	Muito Satisfeito	Muito	N	0	1	4	0	5	10
			% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	,0%	10,0%	40,0%	,0%	50,0%	100,0%
			% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	,0%	1,9%	2,9%	,0%	21,7%	3,9%
	Total			3	52	136	41	23	255
				1,2%	20,4%	53,3%	16,1%	9,0%	100,0%
				10,0%	10,0%	100,0%	10,0%	100,0%	100,0%

Quadro 24 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades

	Approx. Sig.
Kendall's tau-b	,000

Quadro 25 – Teste Kendall's tau-b Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e se tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades

# APÊNDICE XVI

(Quadro 26)

			Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades					Total
			Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente	
Como avalia a sua qualidade	Muito má	N	0	6	2	1	0	9
		% por Como avalia a sua qualidade	,0%	66,7%	22,2%	11,1%	,0%	100,0%
		% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	,0%	11,5%	1,5%	2,4%	,0%	3,5%
	Má	N	1	5	11	2	0	19
		% por Como avalia a sua qualidade	5,3%	26,3%	57,9%	10,5%	,0%	100,0%
		% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	33,3%	9,6%	8,1%	4,9%	,0%	7,5%
	Nem Boa nem Má	N	2	33	72	9	8	124
		% por Como avalia a sua qualidade	1,6%	26,6%	58,1%	7,3%	6,5%	100,0%
		% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	66,7%	63,5%	52,9%	22,0%	34,8%	48,6%
	Boa	N	0	7	47	26	13	93
		% por Como avalia a sua qualidade	,0%	7,5%	50,5%	28,0%	14,0%	100,0%
		% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	,0%	13,5%	34,6%	63,4%	56,5%	36,5%
	Muito Boa	N	0	1	4	3	2	10
		% por Como avalia a sua qualidade	,0%	10,0%	40,0%	30,0%	20,0%	100,0%
		% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	,0%	1,9%	2,9%	7,3%	8,7%	3,9%
Total	N		3	52	136	41	23	255
		% por Como avalia a sua qualidade	1,2%	20,4%	53,3%	16,1%	9,0%	100,0%
		% por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 26 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades

# APÊNDICE XVII

(Quadro 27)

Local onde Estão inscritos			Estatística
Como avalia a sua qualidade	Castelo Branco	Média	3,1354
		Mediana	3,0000
		Desvio	,67465
		Padrão	
	Cebolais	Média	3,6465
		Mediana	4,0000
		Desvio	,71875
		Padrão	
	Lardosa	Média	2,9833
		Mediana	3,0000
		Desvio	,92958
		Padrão	

Quadro 27 – Estatística descritiva do item Como avalia a sua qualidade de vida por local onde estão inscritos

# APÊNDICE XVIII

(Quadro 28)



Local onde Estão inscritos			Estatística
Domínio Físico	Castelo Branco	Média	55,3199
		Mediana	57,1429
		Desvio padrão	12,61887
	Cebolais	Média	57,5397
		Mediana	57,1429
		Desvio padrão	12,85561
	Lardosa	Média	51,0714
		Mediana	53,5714
		Desvio padrão	11,80487
Domínio Psicológico	Castelo Branco	Média	53,2986
		Mediana	54,1667
		Desvio padrão	15,89113
	Cebolais	Média	67,0034
		Mediana	70,8333
		Desvio padrão	16,08990
	Lardosa	Média	59,0972
		Mediana	58,3333
		Desvio padrão	17,19658
Domínio Relações Sociais	Castelo Branco	Média	59,8090
		Mediana	58,3333
		Desvio padrão	12,85290
	Cebolais	Média	69,3603
		Mediana	66,6667
		Desvio padrão	15,33028
	Lardosa	Média	58,7500
		Mediana	58,3333
		Desvio padrão	15,67870
Domínio Ambiente	MeioCastelo Branco	Média	55,6966
		Mediana	53,1250
		Desvio padrão	14,00478
	Cebolais	Média	66,0354
		Mediana	65,6250
		Desvio padrão	15,34602
	Lardosa	Média	56,4583
		Mediana	59,3750
		Desvio padrão	14,49707

Quadro 28 – Estatística descritiva dos domínios da escala WHOQOL\_BREF e Local onde está inscrito

# APÊNDICE XIX

(Quadro 29)

Local onde Estão inscritos			Estatística
Domínio Sensoriais	HabilidadesCastelo Branco	Média	69,1406
		Mediana	68,7500
		Desvio padrão	21,49458
	Cebolais	Média	66,7730
		Mediana	68,7500
		Desvio padrão	21,64314
	Lardosa	Média	62,2917
		Mediana	62,5000
		Desvio padrão	18,66033
Domínio Autonomia	Castelo Branco	Média	55,1432
		Mediana	56,2500
		Desvio padrão	19,65983
	Cebolais	Média	66,7730
		Mediana	68,7500
		Desvio padrão	14,97950
	Lardosa	Média	56,4583
		Mediana	62,5000
		Desvio padrão	20,29205
Domínio Actividades	Castelo Branco	Média	47,2005
		Mediana	43,7500
		Desvio padrão	14,47746
	Cebolais	Média	62,1811
		Mediana	62,5000
		Desvio padrão	13,97175
	Lardosa	Média	51,5625
		Mediana	56,2500
		Desvio padrão	17,13083
Domínio Social	ParticipaçãoCastelo Branco	Média	49,4141
		Mediana	50,0000
		Desvio padrão	18,16133
	Cebolais	Média	67,3469
		Mediana	68,7500
		Variance	237,219
		Desvio padrão	15,40190
	Lardosa	Média	56,6667
		Mediana	56,2500
		Variance	252,737
		Desvio padrão	15,89769
Domínio Morte	Castelo Branco	Média	59,1797
		Mediana	62,5000
		Desvio padrão	22,95865
	Cebolais	Média	44,4515
		Mediana	43,7500
		Desvio padrão	24,47718
	Lardosa	Média	45,6250
		Mediana	50,0000
		Desvio padrão	25,78996
Domínio Intimidade	Castelo Branco	Média	44,5964
		Mediana	43,7500
		Desvio padrão	26,66526
	Cebolais	Média	71,6199
		Mediana	75,0000
		Desvio padrão	17,54432
	Lardosa	Média	57,6042
		Mediana	56,2500
		Desvio padrão	19,56531

Quadro 29 – Estatística descritiva dos domínios da escala WHOQOL\_OLD e Local onde está inscrito

# APÊNDICE XX

(Quadro 30)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Faz exercício físico?	Sim	N	25	29	54
		% por Faz exercício físico?	46,3%	53,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	29,1%	17,2%	21,2%
	não	N	61	140	201
		% por Faz exercício físico?	30,3%	69,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	70,9%	82,8%	78,8%
Total	N	86	169	255	
	% por Faz exercício físico?	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 30 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Faz exercício físico e sexo

# APÊNDICE XXI

(Quadro 31)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia	Muito Insatisfeito	N	1	7	8
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia	12,5%	87,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	1,2%	4,1%	3,1%
	Insatisfeito	N	17	32	49
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia	34,7%	65,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	19,8%	18,9%	19,2%
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	N	19	41	60
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia	31,7%	68,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	22,1%	24,3%	23,5%
	Satisfeito	N	39	74	113
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia	34,5%	65,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	45,3%	43,8%	44,3%
	Muito Satisfeito	N	10	15	25
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia	40,0%	60,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	11,6%	8,9%	9,8%
Total	N	86	169	255	
	% por Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 31 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia e sexo

# APÊNDICE XXII

(Quadro 32)



			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Como avaliaria a sua mobilidade	Muito má	N	3	7	10
		% por Como avaliaria a sua mobilidade	30,0%	70,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	3,5%	4,1%	3,9%
	Má	N	8	26	34
		% por Como avaliaria a sua mobilidade	23,5%	76,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	9,3%	15,4%	13,3%
	Nem Boa nem Má	N	22	40	62
		% por Como avaliaria a sua mobilidade	35,5%	64,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	25,6%	23,7%	24,3%
	Boa	N	34	71	105
		% por Como avaliaria a sua mobilidade	32,4%	67,6%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	39,5%	42,0%	41,2%
	Muito Boa	N	19	25	44
		% por Como avaliaria a sua mobilidade	43,2%	56,8%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	22,1%	14,8%	17,3%
Total		N	86	169	255
		% por Como avaliaria a sua mobilidade	33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 32 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avaliaria a sua mobilidade e sexo

# APÊNDICE XXIII

(Quadro 33)

	Média
Domínio Habilidades Sensoriais	66,6667
Domínio Autonomia	59,9020
Domínio Actividades	54,0441
Domínio Participação Social	58,0882
Domínio Morte	50,2696
Domínio Intimidade	58,0955

Quadro 33 - Estatística descritiva dos Domínios da WHOQOL-OLD

# APÊNDICE XXIV

(Quadro 34)

	N	Média
Domínio Físico	255	55,1821
Domínio Psicológico	255	59,9837
Domínio das Relações Sociais	255	63,2680
Domínio Meio Ambiente	255	59,88

Quadro 34: Estatística descritiva dos Domínios da WHOQOL-BREF

# APÊNDICE XXV

(Quadro 35 a 37)

				Sexo dos inquiridos		Total
				Masculino	Feminino	
Ingere bebidas Alcoólicas?	Sim	N		30	1	31
		% por Ingere bebidas alcoólicas?		96,8%	3,2%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos		34,9%	,6%	12,2%
	Não	N		56	168	224
		% por Ingere bebidas alcoólicas?		25,0%	75,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos		65,1%	99,4%	87,8%
Total		N		86	169	255
		% por Ingere bebidas alcoólicas?		33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos		100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 35 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos alcoólicos e sexo

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Fuma?	Sim	N	13	3	16
		% por Fuma?	81,3%	18,8%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	15,1%	1,8%	6,3%
	Não	N	73	166	239
		% por Fuma?	30,5%	69,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	84,9%	98,2%	93,7%
Total	N	86	169	255	
	% por Fuma?	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 36 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos tabágicos e sexo

				Local onde Estão inscritos			Total
				Castelo Branco	Cebolais	Lardosa	
Fuma?	Sim	N		16	0	0	16
		% por Fuma?		100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% por Local onde Estão inscritos		16,7%	,0%	,0%	6,3%
	Não	N		80	99	60	239
		% por Fuma?		33,5%	41,4%	25,1%	100,0%
		% por Local onde Estão inscritos		83,3%	100,0%	100,0%	93,7%
Total	N		96	99	60	255	
	% por Fuma?		37,6%	38,8%	23,5%	100,0%	
	% por Local onde Estão inscritos		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 37 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos tabágicos e Local

# APÊNDICE XXVI

(Quadro 38)



		Sexo dos inquiridos		Total
		Masculino	Feminino	
Toma medicamentos para a dor frequentemente	Sim	20	89	109
	% por Toma medicamentos para a dor frequentemente	18,3%	81,7%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	23,3%	52,7%	42,7%
Não	N	66	80	146
	% por Toma medicamentos para a dor frequentemente	45,2%	54,8%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	76,7%	47,3%	57,3%
Total	N	86	169	255
	% por Toma medicamentos para a dor frequentemente	33,7%	66,3%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 38 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Toma medicamentos para as dores frequentemente e sexo

# APÊNDICE XXVII

(Quadro 39 e 40)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Hipertensão	Sim	N	50	107	157
		% por Hipertensão	31,8%	68,2%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	58,1%	63,3%	61,6%
	Não	N	36	62	98
		% por Hipertensão	36,7%	63,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	41,9%	36,7%	38,4%
Total	N	86	169	255	
	% por Hipertensão	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 39 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por hipertensão e sexo

			intervalo de idades			Total
			[65,75[	[75,85[	>= 85	
Hipertensão	sim	N	88	57	12	157
		% por Hipertensão	56,1%	36,3%	7,6%	100,0%
		% por intervalo de idades	65,7%	56,4%	60,0%	61,6%
	não	N	46	44	8	98
		% por Hipertensão	46,9%	44,9%	8,2%	100,0%
		% por intervalo de idades	34,3%	43,6%	40,0%	38,4%
Total	N	134	101	20	255	
	% por Hipertensão	52,5%	39,6%	7,8%	100,0%	
	% por intervalo de idades	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 40 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por hipertensão e intervalo de idades

# APÊNDICE XXVIII

(Quadro 41 e 42)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Osteoporose	Sim	N	4	76	80
		% por Osteoporose	5,0%	95,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	4,7%	45,0%	31,4%
	Não	N	82	93	175
		% por Osteoporose	46,9%	53,1%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	95,3%	55,0%	68,6%
Total	N	86	169	255	
	% por Osteoporose	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 41 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Osteoporose e sexo

			intervalo de idades			Total
			[65,75[	[75,85[	>= 85	
Osteoporose	sim	N	41	36	3	80
		% por Osteoporose	51,3	45,0	3,8%	100,0%
		%	%	%		
		% por intervalo de idades	30,6	35,6	15,0	31,4%
			%	%	%	
	não	N	93	65	17	175
		% por Osteoporose	53,1	37,1	9,7%	100,0%
		%	%	%		
Total		% por intervalo de idades	69,4	64,4	85,0	68,6%
			%	%	%	
		N	134	101	20	255
		% por Osteoporose	52,5	39,6	7,8%	100,0%
		%	%	%		
		% por intervalo de idades	100,0	100,0	100,0	100,0%
			0%	0%	0%	

Quadro 42 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Osteoporose e intervalo de idades

# APÊNDICE XXIX

(Quadro 43 e 44)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Diabetes	Sim	N	24	45	69
		% por Diabetes	34,8%	65,2%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	27,9%	26,6%	27,1%
	Não	N	62	124	186
		% por Diabetes	33,3%	66,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	72,1%	73,4%	72,9%
Total	N	86	169	255	
	% por Diabetes	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 43 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Diabetes e sexo

			intervalo de idades			Total
			[65,75[	[75,85[	>= 85	
Diabetes	sim	N	40	24	5	69
		% por Diabetes	58,0%	34,8%	7,2%	100,0%
		% por intervalo de idades	29,9%	23,8%	25,0%	27,1%
	não	N	94	77	15	186
		% por Diabetes	50,5%	41,4%	8,1%	100,0%
		% por intervalo de idades	70,1%	76,2%	75,0%	72,9%
Total		N	134	101	20	255
		% por Diabetes	52,5%	39,6%	7,8%	100,0%
		% por intervalo de idades	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 44 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Diabetes e intervalos de idades

# APÊNDICE XXX

(Quadro 45)



			Influência		Tot al
			Negativa doença		
			sim	não	
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	Muito Insatisfeito	Por	11	5	16
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	68,8 %	31,3 %	100 ,0%
		% por Influência negativa doença	7,1%	5,1%	6,3 %
	Insatisfeito	Por	47	17	64
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	73,4 %	26,6 %	100 ,0%
		% por Influência negativa doença	30,1 %	17,2 %	25, 1%
	Nem Satisfeito Insatisfeito	Por	48	27	75
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	64,0 %	36,0 %	100 ,0%
		% por Influência negativa doença	30,8 %	27,3 %	29, 4%
	Satisfeito	Por	45	45	90
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	50,0 %	50,0 %	100 ,0%
		% por Influência negativa doença	28,8 %	45,5 %	35, 3%
	Muito Satisfeito	Por	5	5	10
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	50,0 %	50,0 %	100 ,0%
		% por Influência negativa doença	3,2%	5,1%	3,9 %
Total		Por	156	99	255
		% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	61,2 %	38,8 %	100 ,0%
		% por Influência negativa doença	100, 0%	100, 0%	100 ,0%

Quadro 45 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e a Doença como influência negativa

# APÊNDICE XXXI

(Quadro 46 e 47)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Toma medicamentos para a dor frequentemente	Sim	N	20	89	109
		% por Toma medicamentos para a dor frequentemente	18,3%	81,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	23,3%	52,7%	42,7%
	Não	N	66	80	146
		% por Toma medicamentos para a dor frequentemente	45,2%	54,8%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	76,7%	47,3%	57,3%
Total	N		86	169	255
		% por Toma medicamentos para a dor frequentemente	33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 46 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Toma medicamentos para as dores e sexo

			intervalo de idades			Total
			[65,75[	[75,85[	>= 85	
Toma medicamentos para a dor frequentemente	sim	N	56	46	7	109
		% por Toma medicamentos para a dor frequentemente	51,4%	42,2%	6,4%	100,0%
		% por intervalo de idades	41,8%	45,5%	35,0%	42,7%
	não	N	78	55	13	146
		% por Toma medicamentos para a dor frequentemente	53,4%	37,7%	8,9%	100,0%
		% por intervalo de idades	58,2%	54,5%	65,0%	57,3%
Total	N		134	101	20	255
		% por Toma medicamentos para a dor frequentemente	52,5%	39,6%	7,8%	100,0%
		% por intervalo de idades	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 47 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Toma medicamentos para as dores e intervalos de idades

# APÊNDICE XXXII

(Quadro 48)

				Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária					Total
				Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo	
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	Muito Insatisfeito	N		0	2	3	9	2	16
		% por ponto	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	,0%	12,5%	18,8%	56,3%	12,5%	100,0%
		% por medida	Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária	,0%	3,2%	4,3%	10,8%	66,7%	6,3%
	Insatisfeito	N		3	8	19	33	1	64
		% por ponto	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	4,7%	12,5%	29,7%	51,6%	1,6%	100,0%
		% por medida	Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária	8,3%	12,7%	27,1%	39,8%	33,3%	25,1%
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	N		7	20	28	20	0	75
		% por ponto	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	9,3%	26,7%	37,3%	26,7%	,0%	100,0%
		% por medida	Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária	19,4%	31,7%	40,0%	24,1%	,0%	29,4%
	Satisfeito	N		21	30	20	19	0	90
		% por ponto	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	23,3%	33,3%	22,2%	21,1%	,0%	100,0%
		% por medida	Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária	58,3%	47,6%	28,6%	22,9%	,0%	35,3%
	Muito Satisfeito	N		5	3	0	2	0	10
		% por ponto	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	50,0%	30,0%	,0%	20,0%	,0%	100,0%
		% por medida	Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária	13,9%	4,8%	,0%	2,4%	,0%	3,9%
Total				36	63	70	83	3	255
		% por ponto	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	14,1%	24,7%	27,5%	32,5%	1,2%	100,0%
		% por medida	Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária	100,0%	10,0%	10,0%	100,0%	100,0%	10,0%

Quadro 48 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Em que medida precisa de cuidados de saúde

# APÊNDICE XXXIII

(Quadro 49)

		Até que ponto está satisfeito com a sua saúde					Total
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
Como avalia a sua qualidade de vida	Muito má N	6	2	1	0	0	9
	% por Como avalia a sua qualidade	66,7%	22,2%	11,1%	,0%	,0%	100,0%
	% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	37,5%	3,1%	1,3%	,0%	,0%	3,5%
	Má N	3	11	4	1	0	19
	% por Como avalia a sua qualidade	15,8%	57,9%	21,1%	5,3%	,0%	100,0%
	% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	18,8%	17,2%	5,3%	1,1%	,0%	7,5%
	Nem Boa nem Má N	6	39	46	30	3	124
	% por Como avalia a sua qualidade	4,8%	31,5%	37,1%	24,2%	2,4%	100,0%
	% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	37,5%	60,9%	61,3%	33,3%	30,0%	8,6%
	Boa N	1	11	23	53	5	93
	% por Como avalia a sua qualidade	1,1%	11,8%	24,7%	57,0%	5,4%	100,0%
	% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	6,3%	17,2%	30,7%	58,9%	50,0%	6,5%
	Muito Boa N	0	1	1	6	2	10
	% por Como avalia a sua qualidade	,0%	10,0%	10,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	% por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	,0%	1,6%	1,3%	6,7%	20,0%	3,9%
Total N		16	64	75	90	10	255
		6,3%	25,1%	29,4%	35,3%	3,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 49 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e Até que ponto está satisfeito com a sua saúde

# APÊNDICE XXXIV

(Quadro 50)



			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive	Muito Insatisfeito	N	0	3	3
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive	,0%	100,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	,0%	1,8%	1,2%
	Insatisfeito	N	8	9	17
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive	47,1%	52,9%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	9,3%	5,3%	6,7%
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	N	9	21	30
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive	30,0%	70,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	10,5%	12,4%	11,8%
	Satisfeito	N	49	98	147
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive	33,3%	66,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	57,0%	58,0%	57,6%
	Muito Satisfeito	N	20	38	58
		% por Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive	34,5%	65,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	23,3%	22,5%	22,7%
Total	N	86	169	255	
	% por Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 50 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive e sexo

# APÊNDICE XXXV

(Quadro 51 e 52)



# APÊNDICE XXXVI

(Quadro 53)

			Como avalia a sua qualidade					Total
			Muito má	Má	Nem Boa nem Má	Boa	Muito Boa	
Score de Barthel	Grave	N	0	0	1	0	0	1
		% por Score de Barthel	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% por Como avalia a sua qualidade	,0%	,0%	,8%	,0%	,0%	,4%
	Moderado	N	3	3	10	1	0	17
		% por Score de Barthel	17,6%	17,6%	58,8%	5,9%	,0%	100,0%
		% por Como avalia a sua qualidade	33,3%	15,8%	8,1%	1,1%	,0%	6,7%
	Ligeiro	N	3	5	17	4	0	29
		% por Score de Barthel	10,3%	17,2%	58,6%	13,8%	,0%	100,0%
		% por Como avalia a sua qualidade	33,3%	26,3%	13,7%	4,3%	,0%	11,4%
	Independente	N	3	11	96	88	1	208
		% por Score de Barthel	1,4%	5,3%	46,2%	42,3%	,4%	100,0%
		% por Como avalia a sua qualidade	33,3%	57,9%	77,4%	94,6%	100,0%	81,6%
Total	N	9	19	124	93	1	255	
	% por Score de Barthel	3,5%	7,5%	48,6%	36,5%	,3%	100,0%	
	% por Como avalia a sua qualidade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 53 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Score de Barthel e Como avalia a sua qualidade de vida

# APÊNDICE XXXVII

(Quadro 54 e 55)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	Nunca	N	20	11	31
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	64,5%	35,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	23,3%	6,5%	12,2%
	Poucas vezes	N	21	27	48
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	43,8%	56,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	24,4%	16,0%	18,8%
	Algumas vezes	N	29	59	88
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	33,0%	67,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	33,7%	34,9%	34,5%
	Frequentemente	N	15	48	63
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	23,8%	76,2%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	17,4%	28,4%	24,7%
	Sempre	N	1	24	25
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	4,0%	96,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	1,2%	14,2%	9,8%
Total		N	86	169	255
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	33,7%	66,3%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 54 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão e sexo

			Intervalos de idade			Total
			[65,75[	[75,85[	>= 85	
Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	Nunca	N	19	12	0	31
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	61,3%	38,7%	,0%	100,0%
		% por intervalos de idade	14,2%	11,9%	,0%	12,2%
	Poucas vezes	N	25	20	3	48
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	52,1%	41,7%	6,3%	100,0%
		% por intervalos de idade	18,7%	19,8%	15,0%	18,8%
	Algumas vezes	N	48	35	5	88
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	54,5%	39,8%	5,7%	100,0%
		% por intervalos de idade	35,8%	34,7%	25,0%	34,5%
	Frequente mente	N	28	24	11	63
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	44,4%	38,1%	17,5%	100,0%
		% por intervalos de idade	20,9%	23,8%	55,0%	24,7%
	Sempre	N	14	10	1	25
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	56,0%	40,0%	4,0%	100,0%
		% por intervalos de idade	10,4%	9,9%	5,0%	9,8%
Total	N		134	101	20	255
	% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão		52,5%	39,6%	7,8%	100,0%
	% por intervalos de idade		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 55 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão e intervalos de idade



# APÊNDICE XXXVIII

(Quadro 56)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
É capaz de aceitar a sua aparência física	Nada	N	0	5	5
		% por É capaz de aceitar a sua aparência física	,0%	100,0%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	,0%	3,0%	2,0%
	Pouco	N	8	33	41
		% por É capaz de aceitar a sua aparência física	19,5%	80,5%	100,0%
		% por Sexo	9,3%	19,5%	16,1%
	Moderadamente	N	24	48	72
		% por É capaz de aceitar a sua aparência física	33,3%	66,7%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	27,9%	28,4%	28,2%
	Bastante	N	39	60	99
		% por É capaz de aceitar a sua aparência física	39,4%	60,6%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	45,3%	35,5%	38,8%
	Completamente	N	15	23	38
		% por É capaz de aceitar a sua aparência física	39,5%	60,5%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	17,4%	13,6%	14,9%
Total	N	86	169	255	
	% por É capaz de aceitar a sua aparência física	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 56 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por É capaz de aceitar a sua aparência física e sexo

# APÊNDICE XXXIX

(Quadro 57)

			Sexo dos inquiridos		Total
			Masculino	Feminino	
Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer	Nada	N	7	16	23
		% por Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer	30,4%	69,6%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	8,1%	9,5%	9,0%
	Pouco	N	32	45	77
		% por Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer	41,6%	58,4%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	37,2%	26,6%	30,2%
	Moderadamente	N	26	60	86
		% por Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer	30,2%	69,8%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	30,2%	35,5%	33,7%
	Bastante	N	12	40	52
		% por Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer	23,1%	76,9%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	14,0%	23,7%	20,4%
	Completamente	N	9	8	17
		% por Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer	52,9%	47,1%	100,0%
		% por Sexo dos inquiridos	10,5%	4,7%	6,7%
Total	N	86	169	255	
	% por Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer	33,7%	66,3%	100,0%	
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	

Quadro 57 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer e sexo

# APÊNDICE XL

(Quadro 58)

				Sexo dos inquiridos		Total
				Masculino	Feminino	
Quão satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade	Muito Insatisfeito	N	% por Quão satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade	2	7	9
			% por Sexo dos inquiridos	22,2%	77,8%	100,0%
				2,3%	4,1%	3,5%
	Insatisfeito	N	% por Quão satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade	17	33	50
			% por Sexo dos inquiridos	34,0%	66,0%	100,0%
				19,8%	19,5%	19,6%
	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	N	% por Quão satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade	35	58	93
			% por Sexo dos inquiridos	37,6%	62,4%	100,0%
				40,7%	34,3%	36,5%
	Satisfeito	N	% por Quão satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade	26	63	89
			% por Sexo dos inquiridos	29,2%	70,8%	100,0%
				30,2%	37,3%	34,9%
	Muito Satisfeito	N	% por Quão satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade	6	8	14
			% por Sexo dos inquiridos	42,9%	57,1%	100,0%
				7,0%	4,7%	5,5%
Total				86	169	255
				33,7%	66,3%	100,0%
				100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 58 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Quão satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade e sexo

# APÊNDICE XLI

(Quadro 59)

			Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão					Total
			Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	
Como avalia a sua qualidade de vida	Muito Má	Por	0	0	0	3	6	9
		% por Como avalia a sua qualidade	,0%	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	,0%	,0%	,0%	4,8%	24,0%	3,5%
	Má	Por	0	1	1	13	4	19
		% por Como avalia a sua qualidade	,0%	5,3%	5,3%	68,4%	21,1%	100,0%
Nem Boa nem Má		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	,0%	2,1%	1,1%	20,6%	16,0%	7,5%
	Boa	Por	10	22	41	40	11	124
		% por Como avalia a sua qualidade	8,1%	17,7%	33,1%	32,3%	8,9%	100,0%
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	32,3%	45,8%	46,6%	63,5%	44,0%	48,6%
Muito Boa	Boa	Por	15	25	43	6	4	93
		% por Como avalia a sua qualidade	16,1%	26,9%	46,2%	6,5%	4,3%	100,0%
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	48,4%	52,1%	48,9%	9,5%	16,0%	36,5%
		Por	6	0	3	1	0	10
		% por Como avalia a sua qualidade	60,0%	,0%	30,0%	10,0%	,0%	100,0%
Total		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	19,4%	,0%	3,4%	1,6%	,0%	3,9%
Total	Por		31	48	88	63	25	255
		% por Como avalia a sua qualidade	12,2%	18,8%	34,5%	24,7%	9,8%	100,0%
		% por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 59 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão



# APÊNDICE XLII

(Quadro 60)

		Sexo dos inquiridos		Total
		Masculino	Feminino	
Até que ponto tem Nada medo de morrer	N	35	64	99
	% por Até que ponto tem medo de morrer	35,4%	64,6%	100,0%
	% por Sexo	40,7%	37,9%	38,8%
	Muito Pouco	10	23	33
	% por Até que ponto tem medo de morrer	30,3%	69,7%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	11,6%	13,6%	12,9%
	Mais ou menos	13	35	48
	% por Até que ponto tem medo de morrer	27,1%	72,9%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	15,1%	20,7%	18,8%
	Bastante	18	27	45
	% por Até que ponto tem medo de morrer	40,0%	60,0%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	20,9%	16,0%	17,6%
	Extremamente	10	20	30
	% por Até que ponto tem medo de morrer	33,3%	66,7%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	11,6%	11,8%	11,8%
Total	N	86	169	255
	% por Até que ponto tem medo de morrer	33,7%	66,3%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 60 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto tem medo de morrer e sexo

# APÊNDICE XLIII

(Quadro 61)

		Sexo dos inquiridos		Total
		Masculino	Feminino	
O quanto teme sofrer de dor antes de morrer	Nada	4	8	12
	% por O quanto teme sofrer de dor antes de morrer	33,3%	66,7%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	4,7%	4,7%	4,7%
	Muito Pouco	0	2	2
	% por O quanto teme sofrer de dor antes de morrer	,0%	100,0%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	,0%	1,2%	,8%
	Mais ou menos	12	14	26
	% por O quanto teme sofrer de dor antes de morrer	46,2%	53,8%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	14,0%	8,3%	10,2%
	Bastante	35	82	117
	% por O quanto teme sofrer de dor antes de morrer	29,9%	70,1%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	40,7%	48,5%	45,9%
	Extremamente	35	63	98
	% por O quanto teme sofrer de dor antes de morrer	35,7%	64,3%	100,0%
	% por Sexo dos inquiridos	40,7%	37,3%	38,4%
Total		86	169	255
		33,7%	66,3%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 61 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por O quanto teme sofrer de dor antes de morrer e sexo

# APÊNDICE XLIV

(Convite para Sessão de Educação para a Saúde)

# CONVITE



## ACTIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE

Um grupo de enfermeiras,  
juntas com os seus alunos e  
e calçado prático.

Nº de Avós a participar \_\_\_\_\_

# APÊNDICE XLV

(Fotografias da aula de Educação Física)





# APÊNDICE XLVI

(Brochura Informativa sobre Actividade Física na  
Terceira Idade)

## **ACTIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE**



**A ACTIVIDADE  
FÍSICA E O  
CONVÍVIO SÃO  
ESSENCIAIS PARA  
UMA TERCEIRA  
IDADE SAUDÁVEL  
E COM MELHOR  
QUALIDADE DE  
VIDA!**

✓ **CONTROLO E PREVENÇÃO DE  
DOENÇAS CRÓNICAS COMO A  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES**

✓ **MANTÉM SAUDÁVEIS OS OSSOS E OS  
MÚSCULOS MANTENDO A AGILIDADE E  
PREVENINDO AS QUEDAS**

✓ **CONTROLA AS DORES NAS COSTAS  
E NOS JOELHOS AJUDANDO A  
DIMINUIR O CONSUMO DE  
MEDICAMENTOS**

✓ **REDUZ O STRESS, ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO MELHORANDO A  
QUALIDADE DO SONO**

✓ **MELHORA A AUTO-ESTIMA, A  
AUTOCONFIANÇA, A AFECTIVIDADE E  
A SOCIALIZAÇÃO**

# APÊNDICE XLVII

(Brochura Informativa sobre Alimentação Saudável na  
Terceira Idade)

## **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA TERCEIRA IDADE**



**A MANUTENÇÃO DE UM BOM  
ESTADO NUTRICIONAL É PARTE  
INTEGRANTE DE UM  
ENVELHECIMENTO BEM  
SUCEDIDO E COM MELHOR  
QUALIDADE DE VIDA!**

### **ALGUNS CONSELHOS:**

REPARTA A COMIDA POR VÁRIAS REFEIÇÕES.

DÊ PREFERÊNCIA ÀS FRUTAS E VERDURAS DA ÉPOCA, QUE APRESENTAM MAIOR TEOR DE VITAMINAS.

PREFIRA OS CEREAIS INTEGRAIS (PÃO, ARROZ, MASSA INTEGRAL), RICOS EM FIBRAS, ÀS FARINHAS REFINADAS.

PREFIRA LEITES E IOGURTES DESNATADOS E QUEIJOS BRANCOS.

RESTRINGA ÓLEOS, GORDURAS E ALIMENTOS GORDOS.

ELIMINE OU REDUZA O SAL, O AÇÚCAR E BEBIDAS ALCOÓLICAS.

CONSUMA AO MENOS 1,5 L DE ÁGUA POR DIA.

BEBER MUITA ÁGUA QUANDO SE AUMENTA O CONSUMO DE FIBRAS, AJUDA O FUNCIONAMENTO INTESTINAL.

# APÊNDICE XLVIII

(Plano de Sessão em Cebolais de Cima)

**Entidade:** Escola Superior Saúde Portalegre

**Curso:** Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem

**Modulo :** Estágio

**Formadoras:** Enf. Ana Figueira, Enf Ana Martins, Enf Filomena Rodrigues, Enf Leonor Brazão, Enf. Manuela Sebastião e Enf Sónia Catana e Fisioterapeuta Ana Cunha

**Data:** 18 Maio 2011

**Local:** Cebolais de Cima

**Hora:** 16h30min

**Duração da sessão:** 60 min.

**Destinatários:**

Idosos com mais de 65 anos e crianças

**Objectivos gerais:**

Promover a Qualidade de Vida/ Envelhecimento activo em 10% dos Idosos com mais de 65 anos inscritos nos ficheiros clínicos da Extensão de Saúde Lardosa, no período de 14 de fevereiro ate final de junho de 2011

**Objectivos específicos:**

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter assistido a sessões de educação sobre benefícios da actividade física, alimentação saudável e prevenção de acidentes domésticos.

Até Junho de 2011, deverão ser distribuídos brochuras informativas sobre hábitos de vida saudáveis, a 70% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ser aconselhados sobre formas de praticar exercício físico.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter participado numa aula de ginástica.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, deverão ter participado numa actividade de grupo lúdica que promova a participação social do idoso.

**Conteúdos programáticos:**

Introdução: Referir a importância da adopção de hábitos de vida saudáveis

Desenvolvimento: Informar sobre os benefícios da actividade física, adopção de uma alimentação equilibrada, prevenção de acidentes domésticos e prevenção do isolamento social.

Conclusão: O conhecimento e adopção destas medidas contribuirão para um envelhecimento com maior qualidade de vida.

**Métodos**

Método activo, (interrogativo,expositivo e participativo)

**Técnicas pedagógicas:**

Apresentação através do software powerpoint, curta sessão de exercícios práticos e processo de esclarecimento de duvidas aos formandos.

**Recursos didáticos:**

Computador, Projector, Brochuras informativas e Convite

**Formas de avaliação:**

Questionário de avaliação acerca da formação apresentada.

# APÊNDICE XLIX

(Diapositivos apresentados na Sessão de Educação  
para a Saúde em Cebolais de Cima/ Lardosa)



**Lardosa, 30 de Maio de 2011**  
**Promoção da Saúde**  
**Qualidade de Vida / Estilos de vida saudáveis**

**Organização:**  
 Enfermeiras  
 Ana Martins  
 Ana Figueira  
 Filomena Rodrigues  
 Leonor Brazão  
 Manuela Sebastião  
 Sónia Catana  
 Fisioterapeuta:  
 Ana Cunha



Qualidade de vida dos idosos-Placardo em Enfermagem Comunitária

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA**

A MANUTENÇÃO DE UM BOM ESTADO NUTRICIONAL É PARTE INTEGRANTE DE UM ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO E COM MELHOR QUALIDADE DE VIDA!




Qualidade de vida dos idosos-Placardo em Enfermagem Comunitária

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA**

- A alimentação correcta é um dos factores mais influentes na saúde e bem estar do ser humano
- A maioria das pessoas arrasta o peso de doenças crónicas e sobrevive à custa de muita medicação. O sedentarismo e os erros alimentares agravam todo este processo.

As necessidades nutricionais dos idosos devem-se adequar às alterações inerentes ao envelhecimento.



Qualidade de vida dos idosos-Placardo em Enfermagem Comunitária

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA**

- Pequeno-almoço completo, variado, equilibrado e ajustado;
- Reparta a comida por várias refeições;
- Dê preferência às frutas e verduras da época, que apresentam maior teor de vitaminas;
- Prefira os cereais integrais (pão, arroz, massa integral), ricos em fibras, às farinhas refinadas;




Qualidade de vida dos idosos-Placardo em Enfermagem Comunitária

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA**

- Prefira leites e iogurtes com pouca quantidade de gordura;
- Diminua o consumo de sal, açúcar e bebidas alcoólicas
- Consuma alimentos ricos em antioxidantes: frutas cítricas, couves, brócolos, tomate (vitamina C), amêndoas, nozes, gema de ovo, vegetais folhosos, legumes, cenoura, abóbora, damasco seco e melão (vitamina A)

Consuma pelo menos 1,5 L de água por dia.



Qualidade de vida dos idosos-Placardo em Enfermagem Comunitária

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA**



Qualidade de vida dos idosos-Placardo em Enfermagem Comunitária





**ALIMENTAÇÃO e ENVELHECIMENTO**

**Envelhecer** não significa ficar doente, mas exige cada vez mais cuidados para manter a saúde e o bem-estar.

À medida que se envelhece é cada vez mais importante que a dieta seja:

- Muito equilibrada
- Com uma maior percentagem de vitaminas e sais minerais, uma vez que a sua absorção e armazenamento se tornam deficientes com a idade.

9



**O exercício no Idoso**

- O objectivo da longevidade não é só viver muito mas também viver com qualidade.
- A qualidade de vida após os 50 anos não é dada, antes merecida.
- A manutenção do movimento do corpo é fundamental na busca da preservação da autonomia na velhice.
- A actividade física regular permite reduzir o impacto dos factores de risco para doenças cardiovasculares.

Qualidade da vida dos idosos- Plano de  
em Enfermagem Comunitária

11

**O exercício no Idoso**

**Velhice**

- Consciência Corporal;
- Actividade física regular;
- Cuidados posturais na prevenção e controle de desgastes articulares;

Qualidade da vida dos idosos- Plano de  
em Enfermagem Comunitária

12

### O exercício no Idoso

- **Consciência corporal**
  - Conhecer o corpo e como ele funciona
  - Adoptar cuidados posturais na prevenção e controle dos desgastes articulares na velhice.



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem - Comunidade

13

### O exercício no Idoso

- **A ACTIVIDADE FÍSICA E O CONVÍVIO SÃO ESSENCIAIS PARA UMA TERCEIRA IDADE SAUDÁVEL E COM MELHOR QUALIDADE DE VIDA!**



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem - Comunidade

14

### O exercício no Idoso

#### Exercício Físico:

- Qualquer actividade física que mantém ou aumenta a aptidão física em geral e tem o objectivo de alcançar a saúde e também ser recreativa.
- A razão da prática de exercícios inclui:
  - O reforço da musculatura;
  - O reforço do sistema cardiovascular;
  - O aperfeiçoamento das habilidades atléticas;
  - A perda de peso e/ou a manutenção de alguma parte do corpo.

Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem - Comunidade

15

### O exercício no Idoso

#### Benefícios da actividade física

- Aumento da flexibilidade e amplitude dos movimentos;
- Aumento da massa muscular e diminuição da gordura corporal;
- Perda de peso pelo aumento do consumo energético;
- Melhoria da qualidade do sono;
- Promove o bem estar psicológico, o controle da ansiedade e depressão;
- Melhoria dos sintomas de depressão associados à menopausa;

Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem - Comunidade

16

### O exercício no Idoso

#### Benefícios da actividade física

- Redução da perda óssea;
- Melhoria da capacidade cardio-pulmonar;
- Alívio das dores articulares relacionadas com a má postura;
- Controlo dos níveis de glicémia, diminuindo as complicações da diabetes;
- Diminuição dos lípidos (gordura) no sangue, com melhor circulação sanguínea;



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem - Comunidade

17

### O exercício no Idoso

#### Benefícios da actividade física

- Diminuição da Tensão arterial;
- Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 1/3 de todas as causas de morte;
- Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo 2;



18

## O exercício no Idoso

### Benefícios da actividade física

- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fracturas do colo do fêmur nas mulheres;
- Pode ajudar no tratamento de situações dolorosas, nomeadamente dores lombares e dores nos joelhos;
- Ajuda a prevenir e controlar comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável)

Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária

19

## O exercício no Idoso

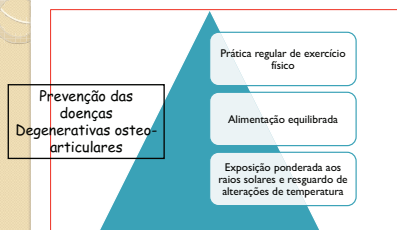
### Benefícios da actividade física

- Permite a integração e a participação na comunidade;
- Permite uma actividade social que lhe pode proporcionar sentimentos de satisfação e produtividade;
- Permite preservar e readquirir a flexibilidade, o equilíbrio e a coordenação de movimentos, (Evita lesões e previne quedas);

Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária

20

## O exercício no Idoso



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária

21

## O exercício no Idoso

### Cuidados elementares na prática do exercício físico:

- Avaliação do estado nutricional e regime alimentar
- Exame médico prévio para despiste de:
  - deficiências osteoarticulares
  - Doenças cardiovasculares
  - Doenças em fase aguda
  - Doenças infecto-contagiosas
  - Insuficiência cardíaca, renal ou hepática

Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária

22

## O exercício no Idoso

### Características do exercício físico no idoso

- Iniciação progressiva para melhorar a condição cardiovascular, respiratória e osteo-articular;
- Iniciar com períodos de marcha de duração crescente;
- Regular os batimentos cardíacos;
- Cumprir alguns minutos de aquecimento, a ritmo lento, com exercícios de fraca amplitude, automobilização, e alongamentos.



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária

23

## O exercício no Idoso

### Actividades que o idoso pode fazer?

- Caminhada
- Danças de salão
- Ioga
- Natação
- Hidroginástica
- Hidroterapia
- Ginástica
- Jardinagem




Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária

24

### O exercício no Idoso

**Contra-indicações para a prática de actividade física**




- Enfarte do miocárdio recente (« 6 semanas);
- Insuficiência cardíaca;
- Suspeita ou conhecimento de flebotrombose;
- Infecções activas ou recentes;
- Transtornos metabólicos não controlados;

Qualidade da vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária 25

### O exercício no Idoso

**ESTIQUE-SE POR FAVOR !!!**



A maioria das pessoas descarta os exercícios de alongamentos. Tendem geralmente a vê-los como uma espécie de aquecimento maçador que se faz antes e depois das aulas de ginástica.

Porém, a flexibilidade é uma parte fundamental da nossa condição física, sendo cada vez mais praticada enquanto exercício em si mesmo.

Qualidade da vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária 26

### O exercício no Idoso

**BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO DE ALONGAMENTO**

- Previnem problemas osteo-articulares, nos músculos, tendinites, etc...
- Asseguram a manutenção de um tônus muscular correcto;
- Flexibilizam os ligamentos posteriores da coluna vertebral, ajudando a manter o seu equilíbrio;
- Preparam o músculo para a actividade física, mobilizando as membranas fibrosas;
- Aumentam a temperatura do corpo e o ritmo cardíaco;
- Ajudam-nos a concentrar e a diminuir os níveis de ansiedade;

Qualidade da vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária 27

### O exercício no Idoso


**Benef. Exercícios de alongamento (cont.)**

- Ajudam a eliminar o ácido láctico (responsável pela sensação de dor ou ardor muscular) acumulado nos tecidos musculares após o exercício;
- Feitos regularmente e com correcção os exercícios de alongamento podem ajudá-lo a melhorar gradualmente a sua flexibilidade, mobilidade e forma física.
- São adequados a pessoas de qualquer idade e sexo, independentemente da condição física.

Qualidade da vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária 28

### O exercício no Idoso


**O exercício físico é fundamental para retardar o processo de envelhecimento, permitindo viver mais tempo, com mais força e energia.**



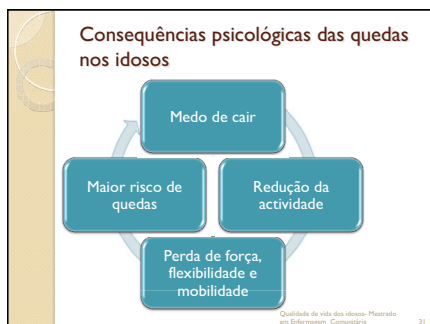
Qualidade da vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária 29

### Prevenção de acidentes

- A direcção Geral de Saúde aponta as quedas como causa de cerca de 70% dos acidentes em idosos.
- Ocorrem normalmente devido a uma mudança inesperada de posição ou de direcção e que não é Corrigida.
- A principal causa de acidentes nos idosos são as Quedas, com graves repercussões na morbilidade e mortalidade.



Qualidade da vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem Comunitária 30



### Causas mais frequentes de acidentes

- Má iluminação;
- Escadas com degraus de tamanhos diferentes;
- Mobiliário instável;
- Banheira ou chuveiro sem barras de apoio ou tapete antiderrapante;
- Fios eléctricos ou de telefone, deixados no chão;
- Portas não niveladas com o chão;
- Andar sobre pavimentos molhados, húmidos ou encerados ;

Enfermeira Filomena Rodrigues

### Causas mais frequentes de acidentes:

- Pôr-se em cima de bancos, escadote ou cadeira;
- Tapetes de quarto sem forro antiderrapante;
- Tapetes pequenos;
- Andar só com as meias ou usar chinelos ou sapatos mal ajustados;
- Deficiente funcionamento dos mecanismos de equilíbrio;
  - Diminuição da orientação no espaço, por problemas de visão ou audição;
  - Efeito de medicação (diminuem a vigilância)

Enfermeira Filomena Rodrigues

### Prevenção das quedas:

- Fazer exercício físico com regularidade, de modo a melhorar a condição física, em termos de agilidade e rapidez de resposta.
- Cumprir uma dieta equilibrada;
- Prevenir a osteoporose;
- Cumprir as prescrições medicamentosas;
- Tratar calosidades e verrugas dolorosas;
- Usar sapatos à medida, com solas aderentes de borracha, com saltos largos, calcanhares reforçados e presilhas ou atacadores (evitar que os pés dançam dentro dos sapatos).

Enfermeira Filomena Rodrigues

### Prevenção das quedas:

- Não usar camisas de dormir nem roupões compridos, para não tropeçar;
- Recuperar o equilíbrio quando se muda de uma posição para outra;
- Ao levantar da cama, sentar primeiro alguns minutos, e ficar parado alguns minutos antes de começar a andar;
- Proceder de forma equivalente ao levantar-se de uma cadeira;
- Aprender a dobrar-se e a alcançar adequadamente o que se pretende, sem perder o equilíbrio;

Enfermeira Filomena Rodrigues

### Prevenção das quedas:

#### Na casa de banho:

- Mantenha o chão seco depois de tomar banho, ou se possível coloque um tapete com ventosas;
- Instale barras de apoio próximas do chuveiro e da sanita;
- Em caso de falta de equilíbrio, utilizar uma cadeira de chuveiro;
- Não tranque a porta da casa de banho;

Qualidade de vida dos idosos: Percurso em Enfermagem - Comunidade

Como proceder após uma queda:

- Comunicar sempre ao Médico e/ou Enfermeira, porque ainda que não cause lesões a queda pode ser sinal de doença ou devida à medicação tomada;
- Em caso de dor muito intensa e localizada (suspeita de fractura), não deve tentar levantar-se; pedir ajuda imediata e manter a temperatura corporal.

Enfermeira Filomena Rodrigues 37

**Lardosa, 30 de Maio de 2011**

**Promoção da Saúde**  
**Qualidade de Vida / Estilos de vida saudáveis**



**Organização:**  
 Enfermeiras  
 Ana Martins  
 Ana Figueira  
 Filomena Rodrigues  
 Leonor Brazão  
 Manuela Sebastião  
 Sónia Catana  
 Fisioterapeuta:  
 Ana Cunha

**OBRIGADO...  
 CUIDEM DA VOSSA SAÚDE**

Qualidade de vida dos idosos: Piorado em Enfermagem Comunitária 38

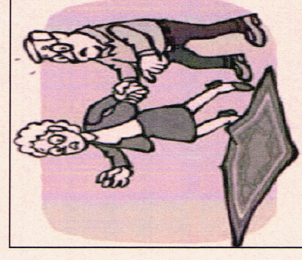
# APÊNDICE L

(Brochura Informativa sobre a Prevenção de  
Acidentes Domésticos em Pessoas Idosas)



**DEVAGAR!  
QUEM MAIS  
CORRE,  
MAIS TROPEÇA!**

**PREVENÇÃO  
DE ACIDENTES  
DOMÉSTICOS  
EM PESSOAS  
IDOSAS**



FOLHETO ELABORADO NO ÂMBITO DO MESTRADO EM ENFER-  
MAGEM DA ESCOLA SUPERIOR  
DE ENFERMAGEM DE PORTALEGRE:  
ANA MARTINS, ANA FIGUEIRA, LEONOR BRAZÃO, FILOMENA  
RODRIGUES, MANUELA SEBASTIÃO E SÔNIA CATANA

MAIO 2011





### EM CASA

- Utilize poucos móveis nos ambientes, para facilitar a circulação;
- Mantenha os objectos que usa com frequência em armários onde chegue com facilidade e sem precisar de subir em um banco;
- Deixe sempre as gavetas dos armários fechadas para não tropeçar;
- Elimine tapetes ou carpetes soltos;
- Mantenha números de emergência escritos em letra legível em todos os telefones;
- Evite trancar as portas por dentro;
- Avalie presença de animais domésticos, pois podem interpor-se diante do idoso, oferecendo perigo de queda.
- Use sapatos fortes com solas finas antiderrapantes;

### NO QUARTO

- Levante-se lentamente depois de se sentar ou deitar. Sente-se na borda da

## PREVINA AS QUEDAS...

cama ou cadeira até não sentir nenhuma tontura;

- Organize as roupas de modo a estarem à mão;
- Não coloque as roupas em gavetas mais baixas que os joelhos nem mais altas que o peito;
- Não use roupas demasiado longas nem demasiado largas;

### NA CASA DE BANHO

- Mantenha o chão seco depois de tomar banho. Ou se possível ponha um tapete com ventosas;
- Instale barras de apoio próximas do chuveiro e da sanita;
- Nunca use porta tochas, porta sabonetes ou prateleiras como apoio;
- Em caso de falta de equilíbrio utilizar uma cadeira de chuveiro.

### ILUMINAÇÃO

- Adicione luz em zonas escuras. Pendure cortinas leves em janelas e portas para manter

boa iluminação.

- Mantenha no quarto, ou próximo, um candeeiro que auxilia, principalmente aqueles idosos que necessitam levantar várias vezes durante a noite para ir à casa de banho;
- Prever iluminação de emergência para casos de falta de luz.

### ESCADAS

- Certifique-se de que os degraus são uniformes e não são escorregadios;
- Retire todos os objectos em que se possa tropeçar (como papéis, livros, roupas e sapatos) das escadas e sítios onde ande;
- Retire tapetes pequenos ou use fita adesiva de dupla face para evitar que eles escorreguem;
- Coloque corrimões seguros dos dois lados das escadas;
- Quando subir escadas mantenha pelo menos uma mão sempre no corrimão, concentre-se naquilo que está a fazer.

# APÊNDICE LI

(Questionário de Avaliação/ Satisfação das Sessões  
de Educação para a Saúde)

# Sessão de Educação para a Saúde: Qualidade de Vida/Estilos de Vida Saudáveis nos Idosos

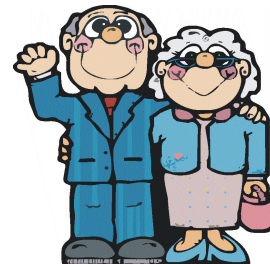
## Questionário

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

O que considera sobre:



Item de avaliação	Muito Mau	Mau	Nem Bom nem Mau	Bom	Muito Bom
Avaliação geral da sessão de educação					
Horário					
Local					
Formadores					

Item de avaliação	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Divulgação da sessão de educação					
Temas abordados					
Utilidade dos temas abordados na sua vida diária					
Equipamentos e Tecnologias utilizados					
Duração					

Sugestões / Críticas

---

Obrigado pela sua colaboração

# APÊNDICE LII

(Plano da Sessão em Lardosa)



**Entidade:** Escola Superior Saude Portalegre

**Curso:** Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem

**Modulo :** Estágio

**Formadoras:** Enf. Ana Figueira, Enf Ana Martins, Enf Filomena Rodrigues, Enf Leonor Brazão, Enf. Manuela Sebastião e Enf Sónia Catana e Fisioterapeuta Ana Cunha

**Data:** 30 Maio 2011

**Local:**Lardosa

**Hora:** 16h30min

**Duração da sessão:** 60 min.

---

**Destinatários:**

Idosos com mais de 65 anos e crianças

**Objectivos gerais:**

Promover a Qualidade de Vida/ Envelhecimento activo em 10% dos Idosos com mais de 65 anos inscritos nos ficheiros clínicos da Extensão de Saúde Lardosa, no período de 14 de fevereiro ate final de junho de 2011

**Objectivos especificos:**

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter assistido a sessões de educação sobre benefícios da actividade física, alimentação saudável e prevenção de acidentes domésticos.

Até Junho de 2011, deverão ser distribuídos brochuras informativas sobre hábitos de vida saudáveis, a 70% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ser aconselhados sobre formas de praticar exercício físico.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter participado numa aula de ginástica.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, deverão ter participado numa actividade de grupo lúdica que promova a participação social do idoso.

**Conteúdos programáticos:**

Introdução: Referir a importância da adopção de hábitos de vida saudáveis

Desenvolvimento: Informar sobre os benefícios da actividade física, adopção de uma alimentação equilibrada, prevenção de acidentes domésticos e prevenção do isolamento social.

Conclusão: O conhecimento e adopção destas medidas contribuirão para um envelhecimento com maior qualidade de vida.

**Métodos**

Método activo, (interrogativo, expositivo e participativo)

**Técnicas pedagógicas:**

Apresentação através do software powerpoint, curta sessão de exercícios práticos e processo de esclarecimento de duvidas aos formandos.

**Recursos didáticos:**

Computador, Projector e Brochuras informativas.

**Formas de avaliação:**

Questionário de avaliação acerca da formação apresentada.

---

# APÊNDICE LIII

(Entrevista para o programa de rádio “Saúde em  
Questão” na Rádio Local Beira Interior)

# APÊNDICE LIV

(Cartaz de divulgação do 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade “Entre - Gerações” na Freguesia do Louriçal do Campo)

# **1º Encontro de Economia Social e Solidariedade**

## **"ENTRE GERAÇÕES"**

**Dia 4 de Junho de 2011**

**Louriçal do Campo**

**10h – Sessão de Abertura**

**Comunicação: Dr.ª Cristina Granada**  
**Rastreio e comunicação de saúde**  
**"Projecto vida a cores"**

**Banda Filarmónica de Louriçal do Campo**  
**Rancho Folclórico da Soalheira**  
**Actuação do Grupo: Cuco Musical**  
 **Animação de rua : Pifaradas e Zambujadas**

**Venda de artesanato;**  
**Produtos regionais;**  
**Fruta;**  
**Bijutaria;**  
**Queijos;**  
**Enchido;**  
**Venda e mostra de trabalhos;**  
**Tenda Solidária - "entregue**  
**um alimento e receba roupa"**

**AJUDE A CRIAÇÃO DE UM BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS  
PARA O CENTRO DE DIA E SOCIAL DE SÃO BENTO**

**Organização**

**Centro de Dia e Social  
de São Bento**



**PIEF 2º e 3º Ciclos**



# APÊNDICE LV

(Plano de sessão em Louriçal do Campo)

**Entidade:** Escola Superior Saude Portalegre

**Curso:** Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem

**Modulo :** Estágio

**Formadoras:** Enf. Ana Figueira, Enf Ana Martins, Enf Filomena Rodrigues, Enf Leonor Brazão, Enf. Manuela Sebastião e Enf Sónia Catana

**Data:** 4 Junho 2011

**Local:**Lourçal do Campo

**Hora:** 11h00

**Duração da sessão:** 60 min.

<b>Destinatários:</b>	
	Todos os participantes da feira
<b>Objectivos gerais:</b>	
	Dar visibilidade do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na promoção do envelhecimento saudável no idoso, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS e á comunidade onde se inserem, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011.
<b>Objectivos específicos:</b>	
	Até Junho de 2001, deverão ser apresentados os resultados do estudo, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco e á comunidade onde estão inseridos.
	Até Junho de 2001, deverá ser dada visibilidade do papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária na promoção do envelhecimento saudável, através da participação e divulgação num evento público ou através do envolvimento dos meios de comunicação locais.
<b>Conteúdos programáticos:</b>	
	<u>Introdução:</u> Apresentar os resultados do Projecto Qualidade de Vida <u>Desenvolvimento:</u> Foram apresentados os resultados do estudo, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco e á comunidade onde estão inseridos. <u>Conclusão:</u> Dar visibilidade do papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária na promoção do envelhecimento saudável
<b>Métodos</b>	
	Método activo, (interrogativo,expositivo e participativo)
<b>Técnicas pedagógicas:</b>	
	Apresentação através do software powerpoint,e processo de esclarecimento de duvidas aos formandos.
<b>Recursos didáticos:</b>	
	Computador, Projector e Brochuras informativas.
<b>Formas de avaliação:</b>	
	Questionário de avaliação acerca da formação apresentada.

# APÊNDICE LVI

(Diapositivos apresentados na Palestra em Louriçal  
do Campo)

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde de Portalegre  
1º Mestrado em Enfermagem  
Enfermagem Comunitária

## QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO  
(CASO – EXTENSÃO DE SAÚDE DE CEBOLAIS DE CIMA, EXTENSÃO DE SAÚDE DE LARDOSA E UM FICHEIRO CLÍNICO DO CENTRO DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO)

Estudo efectuado pelas enfermeiras:  
Ana Martins  
Ana Figueira  
Filomena Rodrigues  
Lacour Brazão  
Manuela Sebastião  
Sónia Citarua

**Tipo de estudo**

- Descritivo, transversal e exploratório

**Tempo de recolha de dados**

- Fevereiro e Março de 2011

**Local do estudo**

- Centro de Saúde de Castelo Branco e extensões de saúde de Lardosa e de Cebolais de Cima

**População alvo**

- Idosos pertencentes a estes ficheiros

**Amostra**

- 255 idosos que se enquadraram nos critérios de inclusão, e que no período estabelecido para a recolha de dados conseguimos contactar quer no Centro de Saúde quer no domicílio

**Instrumento de colheita de dados**

- Inquérito por questionário

**Crítérios de inclusão**

- Idade igual ou superior a 65 anos.
- Pertencer à lista de utentes das extensões de saúde de Cebolais de Cima e Lardosa e de uma lista de utentes do Centro de Saúde de Castelo Branco.
- Disponibilidade para responder aos questionários.
- Não estar institucionalizado.

**Crítérios de exclusão**

- Idosos com alterações mentais
- Idosos com surdez.

### QUESTIONÁRIO CONSTITUÍDO POR QUATRO PARTES

**Primeira parte**

- Caracterização sócio-demográfica (Sexo; Idade; Estado civil; Com quem vive; Habilitações literárias; Situação de reforma; Localidade).
- Três questões abertas para perceber a percepção do conceito de qualidade de vida para os idosos em estudo, e os factores que estes consideram influenciá-la positiva e negativamente.

**Segunda parte**

- Escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF da OMS.

**Terceira parte**

- Escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD versão para os idosos também da OMS.

**Quarta parte**

- Índice de Barthel para avaliação do grau de dependência para as actividades de vida diária.

### RESULTADOS

**Caracterização da amostra**

- **Sexo:** 66,3 % feminino e 33,7% masculino
- **Idade:** média de 74,67 anos (mínimo 65 anos e máximo 93 anos)
- **Estado civil:** 64,3% casados, 29% viúvos, 5% divorciados, 4,3% solteiros e 0,4% em união de facto
- **Habilitações literárias:** Ensino básico (62,4%) e 16,5% não sabe ler nem escrever
- **Situação profissional:** reformados 98%
- **Com quem vive:** 62,7% com o cônjuge, com familiares 9% e 27,1% sozinho

**Estilos de vida:**

- Consumo de Tabaco: 6,3% consumidores
- Consumo de Alcool: 12,2% consumidores
- Prática de exercício físico: 78,8% não praticantes
- Consumo de medicamentos analgésicos: 42,7% consumidores

**Patologias:**

- HTA: 61,6%
- Osteoporose: 31,4%
- Problemas cardiovasculares: 28,2%
- Diabetes: 27,1%

**QUESTÕES ABERTAS**

**Pergunta:**

**“O que é para si qualidade de vida?”**

- Ter saúde: 76,9%
- Ter paz: 24,3%
- Ter condições económicas: 23,9%
- Ter apoio da família/vizinhos: 19,8%
- Ter uma ocupação/actividades de lazer: 15,3%

**QUESTÕES ABERTAS**

**Pergunta:**

**“O que mais influencia positivamente a sua qualidade de vida?”**

- Ter saúde: 53%
- Ter apoio da família/vizinhos: 38,6%
- Ter condições económicas: 14,1%
- Ter condições de habitabilidade: 8,6%

**QUESTÕES ABERTAS**

**Pergunta:**

**“O que mais influencia negativamente a sua qualidade de vida?”**

- Doença: 61,2%
- Não ter uma ocupação: 36,7%
- Solidão: 18,4%
- Não ter condições económicas: 9,8%
- Perda de familiares/amigos: 6,3%

- Pela análise dos domínios da **escala WHOQOL-BREF**, podemos verificar que o domínio das relações sociais é onde os idosos referem melhor qualidade de vida e é no domínio físico que referem pior qualidade de vida.
- Pela análise dos domínios da **escala WHOQOL-OLD**, podemos verificar na que o domínio das habilidades sensoriais é onde os idosos referem melhor qualidade de vida e é no domínio morte que referem pior qualidade de vida, sendo que os idosos referem com mais frequência ter medo de sofrer e/ou ter dor antes de morrer do que propriamente morrer.

- Relativamente à avaliação do grau de dependência, através do **Índice de Barthel**, constata-se que não existem casos de idosos com nível de dependência muito grave e que 81.5% dos idosos são totalmente independentes.

As actividades mais afectadas pelos idosos são **“Subir/descer Escadas”** (14.9% dos idosos), seguidamente de **“Vestir-se”** (9.8% dos idosos).

#### Factores que influenciam a percepção de qualidade de vida

- Os idosos que referem **percepção negativa da sua saúde** são os que referem uma percepção mais negativa da sua qualidade de vida. A "doença" foi a dimensão mais referida como justificativa para a percepção negativa de QV.
- Analisando a percepção da qualidade de vida e **ter dinheiro** suficiente para satisfazer as suas necessidades podemos verificar que dos 11% dos idosos que refere ter pouco dinheiro para satisfazer as suas necessidades, 21.1% avalia a sua qualidade de vida muito má ou má.
- Outro factor que interfere na qualidade de vida dos idosos são as **relações inter-pessoais**, podemos verificar que 75% dos idosos que se consideram muito insatisfeitos ou insatisfeitos com as suas relações inter-pessoais, avaliam a sua qualidade de vida como muito má e má.

#### Factores que influenciam a percepção de qualidade de vida

- Outro factor que interfere na qualidade de vida dos idosos é a presença de **sintomas depressivos**, podemos verificar que 41.1% dos idosos que se sentem, frequentemente ou sempre sintomas depressivos, avaliam a sua qualidade de vida como muito má.
- Relativamente a outro factor que interfere na qualidade de vida é a **solidão**, pois os que a referem como influência negativa da sua qualidade de vida, são os que referem uma percepção de saúde mais negativa.
- Outro factor que influencia a percepção da qualidade de vida é o **grau de dependência**. Podemos observar que quanto maior o nível de dependência menor a qualidade de vida, 66.6% dos idosos que apresentam nível de dependência grave ou moderado, avaliam a sua qualidade de vida como muito má.

#### DESAFIOS

- O envelhecimento demográfico, e suas implicações, são uma realidade com a qual nos deparamos diariamente.
- Que todos os sectores sociais colaborem na intervenção e co-responsabilização, na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, directos conviventes e profissionais.

#### DESAFIOS

- O Enfermeiro como elemento fundamental de ligação entre os idosos, a família e a comunidade, assume um papel importante na promoção da autonomia e auto-cuidado do idoso, ao enfatizar as suas capacidades e potencialidades.
- Será que os nossos idosos têm informação suficiente para perceber as complicações resultantes das suas patologias? Até que ponto teremos que contribuir para o processo de capacitação dos idosos por enfermeiros com competências específicas para o efeito?

Um enfermeiro junto de si...  
**OBRIGADO**